Rok XXXIII. Kraków 15. Grudnia 1894 r. Nr. 50.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcya:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9. Telefonu Nr. 108.

Administracya:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmuje: w *Krakowie* Administracya, a w *Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Pères.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Pères, *w Nowym Jorku* Dr Bronisław Grabowicz 187 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

I. Dusznica bolesna prawdziwa *(angina pectoris vera)* a tętnice wieńcowe serca.

(Według wykładu w sekcyi medycyny wewnętrznej VII. Zjazdu lekarzy i przyrz. polskich we Lwowie).

Podał

Prof. Gluziński.

Pod dusznicą bolesną *(angina pectoris)*, jak wiadomo Panom, rozumiemy zbiór objawów, z których dwa są najwyraźniejsze i charakterystyczne, t. j. ból pod mostkiem w okolicy serca, mający nieraz dążność do rozpromieniania się, zwłaszcza ku ręce lewej i *quelque autre chose*, jak się wyraża Latham, t. j. pewne, nieokreślone uczucie trwogi, uczucie nadchodzącej śmierci, lub jak powiada Elsner: *une pause de la vie.*

Nie mam zamiaru w tej chwili kreślenia strony ściśle klinicznej ani historycznej poruszonego przedmiotu, jak się ona kształtowała od pierwszej ogłoszonej obserwacyi klinicznej w liście lekarza francuzkiego Rougnona w roku 1768 i o pięć miesięcy późniejszej publikacyi Anglika Haberdena, który pierwszy użył nazwy *angina pectoris.* Nie będę kreślił, jak doświadczenie kliniczne ustanowiło różnicę między dwoma przypadami, które długi czas mięszano ze sobą, *angina pectoris* i *asthma cardiale*, jak z biegiem czasu przyszliśmy do rozróżnienia zbliżonych do siebie objawów, wskutek czego dzisiaj oddzielamy tak zwaną *angina pectoris vera v. coronaria* od *pseudoangina pectoris*, występującej pod wpływem pewnych trucizn, jak zatrucia tytoniem, wśród przebiegu wiądu pacierzowego, histeryi, ztąd nazwa: *pseudoangina pectoris nicotiana*, *tabetica*, *vasomotoria Nothnagli etc.*

Dusznicy bolesnej prawdziwej *(angina pectoris vera v. coronaria)* chcę poświęcić słów kilka a zwłaszcza zastanowić się nad jej istotą i patogenezą.

Jak wiadomo, nasze dotychczasowe pojęcia o dusznicy bolesnej prawdziwej przez długi czas rozwijały się przeważnie na podstawie badań przedsiębranych w dwóch kierunkach, t. j. na obrazie klinicznym i szukaniu zmian anatomicznych obrazowi temu towarzyszących.

Wiemy dzisiaj, że napady *anginae pectoris* zjawiają się przy zmianach w narządzie krążenia, często przy miażdżycy *(arteriosclerosis)*, przy pewnych wadach serca, szczególnie *insufficientia valv. semilun. aortae et stenosis aort.*, przy tętniakach tętnicy głównej, zwłaszcza jej części wstępującej a od czasu Jennera, t. j. od roku 1775 a zwłaszcza Parrego, dzięki dalszym pracom Kreysiga, Tidemana i t. d. główną uwagę mamy zwróconą na zmiany sklerotyczne w tętnicach wieńcowych serca, które tak często znajdują się na stole sekcyjnym u ludzi, którzy cierpieli na napady *anginae pectoris.*

Poznanie obrazu klinicznego, poznanie okoliczności, wśród których przychodzi napad dusznicy bolesnej, wykazanie związku między napadami a zmianami w tętnicach wieńcowych serca, jakkolwiek posunęły sprawę naprzód, pozostawiły jednak znaczną część do zrobienia, t. j. poznanie istoty i patogenezy dusznicy; pozostało do wykazania, jak te objawy należy tłómaczyć, jakim sposobem one pojawiają się wskutek zmian w tętnicach wieńcowych.

Usiłowań w tym względzie nam nie brak a naturalną rzeczą i teoryj, które więcej lub mniej szczęśliwie sprawę objaśniały.

Teoryj tych z osobna wyliczać nie myślę, wspomnę tylko, że w dziele Houcharda wyliczono ich 60 — a biorąc tak te, które utworzono przed ściślejszemi poszukiwaniami anatomicznemi, jak i późniejsze, można je słusznie ująć w 4 grupy.

1. Teorya tężca serca utworzona przez Haberdena, który jeszcze nie zwrócił uwagi na zmiany w tętnicach wieńcowych, a w przypadkach sekcyonowanych stwierdził,

że komora lewa była próżną, jakby wymytą. Ból powstający podczas napadu tłómaczył bólem, jaki powstaje podczas tężca każdego mięśnia; tężec ten miał być przyczyną nagłej śmierci. Teorya ta w świetle późniejszych badań, tak fizyologicznych co do właściwości mięśnia sercowego, jak i klinicznych, które wykazują przecież, że podczas napadu serce dalej pracuje i to bardzo regularnie, czegoby być nie mogło, gdyby serce było w stanie tężca, naturalnie ostać się nie mogła, mimo usiłowań późniejszych autorów, jak: Mac Brida, Lathama, Lenta i t. d. Skurcz komórki lewej, opróżnienie jej zupełne, jakie rzeczywiście często znajdujemy na stole sekcyjnym u ludzi zmarłych wśród napadu dusznicy bolesnej, tłómaczymy sobie, jako wczesne bardzo powstawanie tężca pośmiertnego w mięśniu pozbawionym za życia dostatecznego dopływu krwi, opierając się na doświadczeniach Stensona, Stanniusa, Brown-Séquarda, Charcota a wykazujących zjawiska, jakie występują w mięśniu pozbawionym dopływu krwi. Haberden, Latham brali więc okoliczność stwierdzoną rzeczywiście za przyczynę, kiedy ona była tylko skutkiem czego innego. Słusznie też Houchard wyraża się: *Qui est-ce que ça prouve? C'est que le spasme et la contracture du coeur sont des effets de l'ischémie artérielle, mais qu'ils ne sont pas la cause de la sténocardie.*

2. Miejsce tej teoryi z daleko większem powodzeniem zajęła inna utworzona przez Parrego a rozwinięta w dalszym ciągu przez Lawder-Bruntona a zwłaszcza Traubego, t. j. teorya porażenia serca.

Według Parrego napady dusznicy bolesnej źródło swoje mają w powstawaniu nagłem osłabienia mięśnia sercowego wskutek nagłych zboczeń w krążeniu a zwłaszcza, gdy mięsień ten już jest osłabiony. Ból towarzyszący napadowi dusznicy tłómaczył Traube nagromadzeniem się krwi w osłabionej komórce a ztąd pewnem rozprężaniem ścian serca, które drażniło i ugniatało pierwociny nerwowo-czuciowe i ruchowe tamże się znajdujące. Samuelson na mocy doświadczeń, o których później wspomnę, przenosił rzecz całą z komory do przedsionka lewego. Wszystkie okoliczności, które miały większej wymagać pracy komory lewej, a więc, które podnosiły ciśnienie krwi w tętnicach, jak silniejszy ruch, obładowanie żołądka i t. d., miały równocześnie być przyczynami działającemi na osłabienie komory lewej a więc wywołującemi napad.

Jakkolwiek spostrzeżenie samo znów nie ulega wątpliwości i wszystkie te okoliczności bezsprzecznie sprowadzają rzeczywiście napad, to jednak mamy niezbite dowody, że teorya ta utrzymać się nie da. Ileż przypadków obserwować można, gdzie żadnej zmiany w tętnie wśród napadu nie znajdujemy, owszem tętno pełne, równe, nie świadczące wcale o osłabieniu komory lewej? Dlaczego nie każdemu napadowi *asthma cardiale*, gdzie rzeczywiście często i nagle mamy osłabienie lewej komory, nie towarzyszy równocześnie napad *anginae pectoris*? Jak sobie wyobrazić możemy, że rozszerzenie komory nagle powstałe a będące przyczyną bólu, tak nagle jak ból ustąpić może? Są to wszystko zarzuty, które jakkolwiek nie przeczą wcale temu, że często mamy wśród napadu osłabienie lewej komory, jednak nie dopuszczają, by teoryę tę przyjąć i uogólnić dla wszystkich przypadków. Słusznie też na zjeździe internistów niemieckich w Wiesbadenie przed 3-ma laty wystąpił koreferent Vierordt przeciw referentowi Francklowi zwolennikowi tej teoryi.

3. Z kolei rzeczy należałoby mi mówić teraz o teoryi Pataina, dla względów jednak czysto oportunistycznych i przedstawienia kolei myśli moich, należy mi się załatwić z teoryą nerwową, t. j. z teoryą Lancereaua i Petera, którzy przyczyny napadu dusznicy bolesnej upatrywali w sprawie zapalnej zwojów sercowych *(neuritis plexus cardiaci)* lub pnia samego n. błędnego lub n. przeponowego (Peter).

W sprawie tej teoryi wspomnę tylko, że z 12 przypadków ogłoszonych przez zwolenników a zestawionych przez Houcharda w 6 równocześnie wykazano zmiany w tętnicach wieńcowych a w innych 6 zupełnie na takowe nie zwrócono uwagi, że są ogłoszone spostrzeżenia Gauthiera, Dehio, Roussy, Hérarda i Babińskiego, gdzie mimo najskrupulatniejszego poszukiwania makroskopowego i mikroskopowego u ludzi zmarłych wskutek napadu dusznicy nie znaleziono najmniejszych zmian w *plexus cardiacus* ani w nerwach sercowych a znaleziono natomiast rozległe zmiany w tętnicach wieńcowych serca.

Idąc zatem drogą obserwacyi klinicznej i drogą anatomii patologicznej przekonaliśmy się tylko, że u ludzi, którzy zginęli wskutek *angina pectoris*, znajdowano zmiany w tętnicach wieńcowych serca, utrudniające lub zamykające na większym lub mniejszym obszarze krążenie krwi w ścianie serca, nie poznaliśmy jednak ani zmian w czynnościach serca wskutek tego zaszłych, ani też nie można było stworzyć teoryi, którąby tłómaczyła sam napad i objawy za życia spostrzegane.

Prosta myśl była w dalszych poszukiwaniach, by znając domniemane źródło sprawy, uczynić je sztucznie u zwierzęcia i obserwować zmiany wskutek tego powstałe, porównywając je z objawami za życia u ludzi spostrzeganymi, t. j. uciec się do doświadczenia.

Tak uczyniono i pozwólcie Panowie, bym w najkrótszych słowach, o ile tego potrzeba tylko do dalszych moich wywodów, zdał z nich sprawę.

Pomijając dawniejsze doświadczenia: Erichsena, Panuma, Bezolda czynione w innych celach, właściwe doświadczenia zaczynają się od Samuelsona, który pracę swoją ogłosił w 1882 r. Z góry muszę powiedzieć, że prace te zajmują się przeważnie już to wykazaniem, że przez zaciśnienie lub podwiązanie tętnic wieńcowych serca występuje nagła śmierć, dla wytłómaczenia nagłego zejścia u ludzi, u których na stole sekcyjnym znaleziono zmiany zamykające lub utrudniające dopływ krwi do tętnic wieńcowych, już to dla przekonania się, czy pewne objawy spostrzegane za życia podczas napadu dusznicy, np. zwolnienie tętna dadzą się tą drogą wywołać. Ten ostatni cel miał na oku Samuelson. Obserwował on przypadek śmierci u mężczyzny, l. 50 liczącego, wśród objawów zapadu $5^1/_2$ godzin trwającego, u którego tętno wynosiło 35 na minutę a przy sekcyi wykazało się rozległe stwardnienie obydwóch tętnic wieńcowych serca. Doświadczenia swoje przeprowadził na królikach. Tętnice wieńcowe zaciskał zasuwkami i przyszedł do wniosków, że u królików słabych zaciśnięcie tętnicy wieńcowej wielkiej *(art. coronaria magna)* wywołuje spokój komory lewej, nie dający się usunąć nawet po zdjęciu zacisku, u silnych zaś zmniejsza się ilość uderzeń szczegól-

niej w lewej komorze, aż nieraz po kilku minutach serce staje bez możności również usunięcia tego stanu po zdjęciu zasuwki. Właściwe jednak doświadczenia, które nadały podstawę całej dotychczasowej nauce, były doświadczenia, jak wiemy, Conheima i Schultessa Reissberga przeprowadzone na królikach a zwłaszcza psach. Nie wchodząc w szczegóły tych doświadczeń na 30 psach i 11 królikach, przypomnieć tylko muszę ogólny wynik tych doświadczeń, który co do psów w skróceniu brzmiał tak: Zaciśnięcie którejkolwiek dużej gałęzi tętnic wieńcowych nie wpływa na razie na czynność serca, ani liczbę pulsacyi ani ich jakość, ani parcie w tętnicach nie zmienia się w pierwszych 30—40′′ a nieraz i dłużej. W końcu, raz wcześniej, drugi raz później wśród regularnych pulsacyj zaczynają się nierówności, następnie stają się te nierówności coraz wyraźniejsze a równocześnie zaznacza się zwolnienie, parcie zaś utrzymuje się ciągle na pierwotnej wysokości. Dopiero gdy *arythmia* staje się bardzo wyraźną, nastaje lekkie obniżenie parcia. Tem dziwniejszem jest, że serce wprawdzie nieregularnie, ale w każdym razie silnie pracujące nagle staje a parcie na jeden raz opada do zera. Ten spokój serca, który średnio występuje w 105 s. od podwiązania, dotyczy obydwóch komor, które pozostają w rozkurczu i usunąć się już nie dają a po 20′′—30′′ dalszych rozpoczynają się włókienkowe drgania mięśnia sercowego, nie wykonywającego już żadnej pracy. (Dokończenie nastąpi).

II. Z kliniki chirurgicznej prof. Rydygiera.

O leczeniu chirurgicznem zapaleń otrzewny.

(Według wykładu w sekcyi chirurgicznej VII. Zjazdu lekarzy i przyr. polskich we Lwowie).

Napisał

Dr. Leon Kryński,

asystent kliniki chirurgicznej w Krakowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 48).

W takich przypadkach, gdzie pomimo rany w powłokach brzusznych jest wątpliwość co do przebicia jelita, poleca Mac Cormac ranę sondować i w ten sposób przekonać się o uszkodzeniu kiszki. Postępowanie to jest zdaniem mojem, co najmniej zbyteczne i słusznie radzi Ziegler[1]) zarzucić je a przystępować odrazu do rozszerzenia rany. Jeżeli bowiem dziś odrzuciliśmy stanowczo sondowanie ran postrzałowych gdziekolwiek w ustroju, jako zabieg, który lekarza niewiele lub nic nie poucza, chorego zaś naraża zawsze na poważne niebezpieczeństwo następowej infekcyi, to zasadę tę jeszcze ściślej stósować należy do ran jamy brzusznej, czy to postrzałowych czy kłótych, tembardziej, że wobec mającej się wykonać laparotomii, sondowanie to jest zupełnie zbyteczne. Trudniejsze do rozpoznania uszkodzenia jelita a co zatem idzie i do zdecydowania się na operacyę są te przypadki, gdzie nie ma wcale rany w ścianie brzusznej, jak bywa zwykle po uderzeniu w brzuch tępem narzędziem ze znaczną siłą. Lecz i w takich razach nie należy długo czekać; jeżeli po takim przypadku występują u chorego rychło objawy znacznego zapadu ze zwolnieniem tętna i mocnym bólem w brzuchu, to nie zwlekając, najlepiej przystąpić do otwarcia jamy brzusznej; w ogromnej większości przypadków znajdziemy tu albo skaleczenie jelita, albo krwotok wewnętrzny w skutek pęknięcia jednego z większych naczyń. Zarówno w jednem, jak i w drugiem laparotomia stanowi jedyną deskę zbawienia. Zarzucić tu jednakże by można, że zupełnie podobne objawy dać może i sam wstrząs (*shock*), będący dość częstem następstwem urazu ściany brzusznej i że wtedy laparotomia będzie zupełnie zbyteczną a więc i szkodliwą. Zarzut nie pozbawiony słuszności, lecz odpowiedzieć nań możemy główną zasadą całego naszego lecznictwa: z dwojga złego wybierać mniejsze. Stajemy więc w razie mylnego rozpoznania wobec dwóch możliwych ewentualności: albo zrobimy laparotomię tam, gdzie uszkodzenia jelita nie ma a więc niepotrzebnie, albo nie zrobimy jej tam, gdzie jelito pękło a zatem gdzie wykonanie jej stanowi o życiu chorego. Zdaje mi się, że mając taki wybór, chirurg długo namyślać się nie powinien i wybierze owo zło mniejsze, t. j. operacyę; w najgorszym bowiem razie, t. j. w razie tej pierwszej ewentualności zrobimy laparotomię napróżno czyli wykonamy zwykłą laparotomię próbną, której dziś chyba nie można uważać za operacyę niebezpieczną. Tymczasem zaś, zrzekając się operowania w przypadkach rzeczywistego zranienia jelit, którego nie rozpoznajemy dla braku zupełnie pewnych objawów, popełniamy grzech, mogący chorego kosztować życie.

Zresztą ze względów rozpoznawczych pamiętać należy, że wstrząs (*shock*) występuje zaraz po przypadku i z upływem czasu stopień jego stopniowo się zmniejsza, gdy wprost odwrotnie objawy, towarzyszące czy to przebiciu jelit czy wewnętrznemu krwotokowi, wzmagają się coraz bardziej, potęgując co chwila niebezpieczeństwo.

Co do pierwszego rodzaju, t. j. tych przypadków, w których wykazać można przedziurawienie jelit, to tu dziś chyba już nie ma dwóch zdań pomiędzy chirurgami. Na konieczność leczenia operacyjnego wskazywali jedni z pierwszych Roux, Terrier i Sonnenburg, potem Chaput, Körte, Mikulicz, Lauenstein i szereg innych chirurgów kliników. Wyniki te potwierdzone zostały i badaniami doświadczalnemi, jak to wykazują prace Trzebickiego[1]), Réclusa[2]), Zieglera[3]) Tavela i Lanza[3]) i innych. Nie tak zgodne są zapatrywania co do drugiej grupy przypadków, t. j. tych, gdzie nie ma rany powłok zewnętrznych i tu o wiele chętniej stósuje się leczenie wyczekujące dopóty, dopóki nie wystąpią wyraźne objawy septycznej *peritonitis;* wtedy dopiero decydują się na operowanie, co zazwyczaj bywa już zapóźno. Zdaje mi się, że w tej kategoryi przypadków postępowanie nie powinno zasadniczo różnić się od zabiegów naszych w przypadkach tamtej grupy czyli innemi słowy wszędzie tam, gdzie mamy objawy wskazujące na przedziurawienie ściany narządów jamy brzusznej, jakiegokolwiek pochodzenia, chorobowego czy urazowego, winniśmy niezwłocznie przystąpić do laparotomii. Nawet w razie omyłki dyagnostycznej, jeżeli rozpoznamy uszko-

[1]) Studien über die intestinale Form der Peritonitis. München 1893. str. 58.

[1]) O leczeniu ostrego zapalenia otrzewny. Pamiętnik Tow. lek. warsz. 1888.

[2]) Revue de chirurgie. 1890. Nr. 2—5.

[3]) l. c.

dzenie jelita tam, gdzie go nie ma i wykonamy laparotomię, to szkody ztąd dla chorego nie będzie żadnej lub będzie bardzo niewielka, stokroć w każdym razie mniejsza, niż w razie niewykonania operacyi w przypadku przedziurawienia jelita. Rokowanie zależy tu nietylko od stopnia obrażenia, lecz i od rodzaju narzędzia, jakie je sprawiło; najgorsze wyniki dają rany postrzałowe. I tu jednakże według Adlera[1]) zabieg operacyjny wykonany przed upływem 5 ciu godzin po uszkodzeniu prowadzi przeważnie do wyzdrowienia.

Ciekawe bardzo dane statystyczne w tym względzie przytaczają nowsze prace polskie Gabszewicza[2]), Przyborowskiego[3]) i Karczewskiego[4]), w których znajdujemy nadto zestawienie poglądów współczesnych chirurgów w sprawie doraźnej interwencyi chirurgicznej w takich przypadkach.

Tu ze szczególnym naciskiem przytoczyć należy, że najpierwszym i zasadniczym warunkiem do postępowania operacyjnego w tych szczególnie przypadkach jest aseptyka bez zarzutu, stanowiąca dziś nieodzowną część składową każdej kliniki i lepiej urządzonego oddziału szpitalnego. Bez zupełnej pewności a przynajmniej bez głębokiego przeświadczenia o zrobieniu pod względem aseptyki wszystkiego, co tylko w danych stósunkach i otoczeniu było możliwem, nie powinien chirurg przystępować do laparotomii. Dlatego też, jeżeli można zrobić wyjątek z przytoczonych powyżej zasad postępowania w przypadkach zranienia narządów jamy brzusznej, to wtedy chyba tylko, gdy chirurg znajdzie się w tak nieszczęśliwych stósunkach, iż stanowczo nie będzie mógł zapewnić sobie dostatecznie aseptycznego postępowania.

Dotychczas przedmiotem naszym było leczenie uszkodzeń narządów jamy brzusznej, mające na celu niedopuszczenie do dalszych groźnych następstw, czyli właściwie profilaktyka zapaleń otrzewny. Jak jednakże postępować należy w przypadkach już rozwiniętego zapalenia?

Jak wspomniałem powyżej, otrzewna dzięki swej wysokiej odporności na bodźce chorobotwórcze potrzebuje znacznego ich natężenia lub też współdziałania kilku rodzajów czynników szkodliwych, ażeby uledz zakażeniu. Otóż takie stósunki stwarza w otrzewnej przedziurawienie przewodu jelitowego, z czem najczęściej mamy do czynienia w przypadkach *peritonitis e perforatione.* Rzeczywiście treść jelitowa posiada wszystkie składniki potrzebne do wywołania w otrzewnej zapalenia zakaźnego: znaczna ilość ciał chemicznych wraz z cząstkami stałemi kału drażniącem swem działaniem przyspasabia grunt pod rozwój drobnoustrojów, które w tych okolicznościach wytwarzają swe produkty chorobotwórcze. O nieswoistości tych zapaleń wobec ogromnej liczby różnorodnych postaci *(polyinfectio)* w wysięku zapalnym, mówiliśmy już wyżej; tu dodać należy, że od rodzaju znajdujących się bakteryj zależy w znacznym stopniu jakość wysięku a ztąd i nazwa postaci zapalenia. W wysięku krwawo-posokowatym znaleźć można ogromne ilości bakteryj gnilnych, różne odmiany *bacterium coli*, w płynach zaś mających cechę więcej ropną przeważają gronkowce, paciorkowce, niekiedy *diplococcus* lub *micrococcus tetragenes.*

Ciężkie przypadki towarzyszące zapaleniom otrzewny stanowią następstwo więcej zatrucia (*intoxicatio*) tą masą wytworów chemicznych, niż właściwego zakażenia (*infectio*) drobnoustrojowego; częstokroć nawet w przypadkach kończących się śmiercią zarówno w wysięku zapalnym, jak i w otrzewnej bardzo niewiele wykazać można bakteryj.

Ziegler we wspomnianej powyżej pracy kładzie nacisk na jeden jeszcze czynnik, któremu przypisuje szczególnie ważne znaczenie w powstawaniu najcięższych objawów a nawet śmierci; jest nim nadmierne podrażnienie nerwowe *(Nervenüberreizung)*, którego działanie w zapaleniu otrzewny jest podobne, zdaniem jego, do wstrząśnienia nerwowego sprowadzającego śmierć w Goltzowskiem doświadczeniu (*Klopfversuch*).

Zdaniem Barbacciego[1]) oprócz wymienionych czynników ważną rolę grają tu i gazy, działające na otrzewnę w szkodliwy sposób dwojako: chemicznie i mechanicznie, rozdymając jamę brzuszną i ciśnieniem na otrzewnę hamując jej zdolność chłonną.

Ogólna więc suma wszystkich tych szkodliwości z przewagą raz po stronie jednego, to znów drugiego z czynników jest właściwą przyczyną ciężkiego przebiegu i niepomyślnego częstokroć zejścia zapaleń otrzewny.

Jakie więc zadanie może tu mieć leczenie? Odpowiedź na to wypływa ze zrozumienia patogenezy cierpienia: należy uwolnić jamę otrzewnową od czynników szkodliwych i stworzyć stósunki jaknajpomyślniejsze do samoobrony ustroju. Zobaczmy, o ile i w jaki sposób ta teoretyczna odpowiedź da się zastósować w postępowaniu praktycznem.

Leczenie wyczekujące za pomocą środków wewnętrznych i naskórnych wypełnia tylko drugie z tych wskazań, t. j. ma na celu przyśpieszenie wessania wysięku zapalnego z otrzewny obok jednoczesnego wzmacniania ogólnego sił chorego i w przypadkach lżejszych może dać wyniki zupełnie pomyślne. Lecz w przypadkach o przebiegu ciężkim, gdzie stopień infekcyi jest nader wysoki i ogromna ilość toksyn mieści się w wysięku zapalnym, ten właśnie cel leczenia zachowawczego, wessanie wysięku staje się zgubą dla chorego ustroju. Tu więc sama przez się nasuwa się, zgodnie z pierwszem z wymienionych wskazań, myśl podania pomocy ustrojowi przez usunięcie trujących wytworów na zewnątrz, pomocy operacyjnej. Pomimo całej racyonalności takiego leczenia, potwierdzonej dowodnie licznemi badaniami doświadczalnemi, nie zdołało jeszcze ono zdobyć sobie ogólnego uznania, gdyż, wyznać należy, wyniki kliniczne są dotychczas niebardzo pomyślne. Winną jednakże temu jest nie sama metoda; przyczyny szukać należy w czem innem. Wskutek dość powszechnego strachu przed interwencyą noża, podzielaną niestety zbyt często i przez lekarzy, chirurg dostaje w swe ręce chorego na ostre zapalenie otrzewny najczęściej zapóźno, wtedy zwykle, gdy po wyczerpaniu arsenału środków wewnętrznych, chory nie ma już nic do stracenia. Nietrudno pojąć, że w takich stósunkach nietylko laparotomia, lecz i operacya daleko lżejsza, niewiele przedstawia widoków powodzenia. Tymczasem zaś nieco wcześniejsza

[1]) De la laparotomie exploratrice d'urgence pour les traumatismes de l'abdomen, plaies pénétrantes, contusions abdominales graves. Paris 1892.
[2]) Gazeta lekarska 1892. Nr. 15, 16.
[3]) Medycyna 1893. Nr. 28—31.
[4]) Przegląd chirurgiczny 1893. T. I.

[1]) Centralblatt f. allg. Pathologie. T. III. str. 129.

decyzya, niekiedy o kilka godzin tylko, zmienia zasadniczo szanse operacyi i rozstrzyga o życiu chorego.

Rzecz prosta, nie można żądać, aby lekarz kwalifikował do operacyi wszystkie przypadki zapaleń otrzewny w okresach początkowych, lecz zarzutu tego nie można stósować do tej grupy przypadków, którą w tej chwili omawiamy, gdzie znaną jest etyologia *peritonitis* zależna od uszkodzenia organów jamy brzusznej, powstałego czy to na tle chorobowem, czy też urazu. Wobec więc zasadniczej potrzeby leczenia chirurgicznego tych przypadków zapaleń otrzewny jedyną wskazówką, wpływającą na postanowienie chirurga, winien być stan ogólny chorego. Wobec zbyt wielkiego upadku sił chorego, o nitkowatem tętnie i niskiej ciepłocie, rzecz prosta, o operacyi niema co myśleć, lecz właśnie zadaniem lekarza jest wezwanie chirurga wcześniej, nim objawy te wystąpią. Chociaż wyniki laparotomii w rozwiniętem już zapaleniu są dotychczas niepomyślne, to jeżeli drogą tą uda się uratować choć cząstkę chorych, twierdzi Mikulicz[1]), będzie to dowodem powodzenia leczenia operacyjnego.

W bezpośrednim związku ze sprawą tą zostaje kwestya samego postępowania operacyjnego, co do którego istnieją dość różne zapatrywania. Idzie tu o tak zwaną „toaletę jamy brzusznej", stanowiącą całą tę sumę drobnych zabiegów, które mają na celu dokładne oczyszczenie otrzewny przed ostatecznem jej zamknięciem. Pod tym względem laparotomia w przypadkach zapalenia otrzewny różnić się musi zasadniczo od laparotomij wykonywanych w innym celu (owaryotomia, cystotomia i t. d.). W tych ostatnich przypadkach, gdzie mamy do czynienia ze zdrową otrzewną, według postępowania przyjętego w naszej klinice a dziś już prawie powszechnego, „toaleta" jamy brzusznej właściwie nie istnieje; ograniczamy się tu najwięcej na ostrożnem wytarciu pęczkiem wyjałowionej gazy tej ilości krwi, która spłynęła podczas operacyi do jamy brzusznej, poczem jak najśpieszniej zaszywamy ściany, unikając wszelkiego niepotrzebnego jej drażnienia.

Inne zupełnie zadanie mamy w laparotomiach na skutek *peritonitis*, gdzie zatem mamy do czynienia z otrzewną chorą, w której licznych załamkach znajduje się wysięk o toksycznych własnościach. Samo wypuszczenie przez otwarcie jamy brzusznej nie wystarcza, gdyż z jednej strony budowa anatomiczna otrzewny, z drugiej tworzące się zwykle zrosty zatrzymują dość znaczną częstokroć ilość tego wysięku. Zachodzi więc potrzeba usunięcia go inną drogą. W tym celu jedni chirurdzy po rozdzieleniu zrostów osuszają wszystkie zaułki i kieszenie otrzewny suchymi wacikami z gazy jodoformowej lub czystej wyjałowionej, drudzy zaś polecają przepłukiwanie staranne różnymi płynami antyseptycznymi, które potem usuwają. Wobec zasady głównej unikania niepotrzebnych obrażań powierzchni śródbłonka otrzewny drugie postępowanie jest słuszniejsze; należy tylko wybrać odpowiedni płyn do przepłukiwania.

W pierwszych okresach rozwoju chirurgii brzusznej, w epoce zupełnego panowania antyseptyki chciano przez wlewanie roczynów przeciwgnilnych do jamy brzusznej wypełnić odrazu dwa wskazania: wypłukać znajdujący się wysięk z jamy otrzewny i jednocześnie zabić pozostające drobnoustroje. Dziś, kiedy przekonaliśmy się o obosieczności postępowania antyseptycznego, w którem owo *plus* korzystnego działania na bakterye równoważy się a nawet przewyższa przez *minus* szkodliwego wpływu na komórki tkankowe, zabiegi nasze uległy zmianie. Uważając za broń najskuteczniejszą w walce z zakażeniem siły obronne ustroju, postępowaniem swojem staramy się tylko ułatwić mu tę obronę, unikając starannie wszystkiego, co mogłoby wpływać niekorzystnie na te jego zdolności. Dlatego więc płyny antyseptyczne zastąpiliśmy przez przepłukiwania aseptyczne, które wprawdzie odpowiadają jednemu tylko zadaniu, t. j. wymywają mechanicznie pozostałości wysięku, lecz za to są względnie obojętne dla tkanek otrzewny.

Obszerne badania doświadczalne nad działaniem różnych płynów antyseptycznych w zapaleniu otrzewny wykonał Trzebicky[1]) w przytoczonej powyżej pracy. Z pomiędzy wypróbowanych środków (kwas borowy, salicylowy, karbol, sublimat, nadmanganezan potasowy, chlorek cynku, woda chlorowa i jodowa, rozczyn cukru) najodpowiedniejszym okazał się rozczyn $3^0/_{00}$ kwasu salicylowego, które też zaleca on do toalety jamy brzusznej.

Ze względów wymienionych powyżej odrzuciliśmy dziś zupełnie postępowanie antyseptyczne w otrzewnej, jako chybiające swego zadania swoistego desinfekcyi otrzewny w rozczynach, które mogą być znoszone bez szkody a szkodliwe dla jej tkanek w rozczynach mocniejszych. Dlatego też jedynie odpowiednie są płyny jak najmniej drażniące otrzewną, jak najbardziej składem swym zbliżone do soków tkankowych; do takich należy rozczyn fizyologiczny soli kuchennej czysty lub, według Tavela, z dodaniem sody ($2^0/_{00}$). W klinice naszej używamy zwykłego rozczynu fizyologicznego soli dokładnie wyjałowionego o ciepłocie koło 38^0 C., który stósować należy w obfitości, starając się o dokładne wypłukanie całej jamy i zwojów jelitowych. Wymienieni powyżej kilkakrotnie autorzy Tavel i Lanz proponują nawet w tym celu przełożenie całej masy jelit do takiej kąpieli słonej o przepływającej wodzie ciepłoty 37^0 C. Według ich doświadczeń króliki bardzo dobrze znoszą taką kąpiel kiszkową w ciągu dwóch godzin. Zdaje się jednak, iż samo już *eventratio* nie może być obojętne, tembardziej dla chorych tak ciężko, jakimi są zawsze chorzy na zapalenie otrzewny. Postępowanie to nie znajdzie prawdopodobnie wielu zwolenników; dwa przypadki kliniczne, w których autorzy ci stósowali je, zakończyły się śmiercią.

(Dokończenie nastąpi).

III. Z zakładu medycyny sądowej w Krakowie.

O otruciu kwasem azotowym.

Podał

Dr. Edward Piotrowski,

asystent katedry medycyny sądowej i b. I-szy asystent katedry anatomii patologicznej w Uniw. Jagiellońskim.

Otrucia kwasem azotowym zdarzają się dość rzadko i bardzo mało przypadków z tego powodu przeszło do literatury.

[1]) Archiv f. klin. Chir. XXXIX s. 756.

[1]) Loc. cit.

Tartra w swojem dziele: *Traité de l'empoisonnement par l'acide nitrique* wydanem w r. 1802. zebrał monografie otruć tymże kwasem z 400 lat i podaje wszystkiego tylko 56 przypadków.

Hofmann z Wiednia w swoim podręczniku wspomina o kilku przypadkach otrucia kwasem azotowym, z których preparaty nawet zachowano w muzeum wiedeńskiem.

Lesser w I. zeszycie swego atlasu demonstruje przypadek otrucia 3-dniowego dziecka.

Taylor w 1863. opisuje przypadek otrucia również dziecka.

W Krakowie mimo najusilniejszych poszukiwań nie mogłem między protokołami znaleść żadnego przypadku sekcyonowanego.

Już z tego krótkiego zestawienia widzimy, że otrucia kwasem azotowym zdarzają się rzadko, raz dlatego, że samobójca woli użyć przyjemniejszego środka do pozbawienia się życia, powtóre dlatego, że środek ten nie nadaje się wcale do celów morderczych, chyba, że otrucie stało się przypadkowo lub też zadano go dzieciom, które jako nie mogące się bronić, łatwiej można zgładzić tym środkiem i tak: Osenbrüggen w *Allgemeine deutsche Strafrechtszeitung* z 1865 r. opisuje zdarzenie, gdzie ojciec siedmioro dzieci, każde prawie zaraz po urodzeniu miał kwasem azotowym zgładzać ze świata. Sześć razy mu się udawało, dopiero za siódmym razem zarządzono sekcyę a sekcya i badanie chemiczne wykazało otrucie kwasem azotowym. Uwięziony przyznał się i do poprzedzających morderstw.

Otrucia zdarzać się mogą albo czystym kwasem azotowym, *aqua fortis* lub też kwasem azotowym dymiącym lub też wreszcie znaną ogólnie wodą królewską. Nie będę się rozwodził nad różnicami tych trzech przetworów.

W niektórych okolicach, jak podaje Schauenburg, używają serwaseru *(Scheidewasser)* do spędzenia płodu.

Objawy kliniczne występują wnet po użyciu tego środka i są tem gwałtowniejsze, im roztwór był silniejszy, czystszy a charakteryzują się boleściami wzdłuż przełyku i gardziela aż do odźwiernika żołądka. Wymioty z początku żółtawe, mogą przybierać wejrzenie krwawe. Utrudnienie połykania, głos chrypliwy a oddawanie moczu i stolca ustaje często zupełnie. W razie gdy śmierć nie następuje rychło, kwas azotowy ma przechodzić do moczu i jak Schultzen opisuje, ma się znajdywać w nim jeszcze na drugi dzień po zażyciu trucizny. Kwas azotowy należy do środków mocno utleniających i żrących a zmiany anatomiczne różnią się często bardzo od siebie, gdyż zależą od różnych okoliczności. Koncentracya płynu użytego, jakoteż stan, w jakim był żołądek w chwili otrucia, odgrywają ważną rolę. Im późniejszy żołądek, im czystszy pod względem chemicznym kwas azotowy i im większej ilości zażyto, tem cięższe są objawy kliniczne, tem większe zmiany anatomiczne. Często nie cały żołądek jednostajnie przedstawia się zajęty: zwykle tylko tyle z powierzchni wewnętrznej żołądka, ile było w zetknięciu z kwasem. Ma się rozumieć, że im więcej płynu zużyto, tem łatwiej ten płyn rozpościera się po wewnętrznej powierzchni żołądka i na odwrót, im ilość płynu użytego była mniejsza, tem częściej spotyka się zmiany niemal ogniskowe.

Znane i tak wszędzie opisywane zabarwienie żółte po użyciu kwasu azotowego pochodzi od zadziałania kwasu azotowego na ciała organiczne i od wytworzenia się następnie kwasu ksantoproteinowego. Prawie we wszystkich podręcznikach utrzymuje się opis takiego zabarwienia, choć w praktyce często znajduje się inne. Już Maschka zwrócił uwagę, że nie zawsze w żołądku występują smugi żółtawe, lecz zabarwienie to przechodzić może w bronzowe a Taylor opisuje nawet zielonkowate, co ma pochodzić od domieszki żółci.

Lesser zwraca uwagę na zachowanie się kału w jelitach w otruciu kwasem azotowym. Kał ten ma przybierać wejrzenie ziemiste, szarawe, co ma stanowić ważną pod względem dyagnostycznym różnicę od otrucia, n. p. kwasem chromowym. Wszyscy autorowie zgadzają się na jedno, że perforacye po otruciu kwasem azotowym są nader rzadkie a Tartra na opisanych 56 przypadków znachodzi tylko dwa z perforacyą.

Wunderlich w dziele swojem *De actionibus quibusdam acidi nitrici caustici in corpus humanum immissi* w r. 1857. wydanem opisuje przypadek otrucia kwasem azotowym, w którym zmiany anatomiczne przeważnie ograniczały się do kiszki grubej, obok zmian w żołądku.

Do tej szczupłej liczby przypadków ciekawszych dopisać muszę przypadek otrucia kwasem azotowym, który się zdarzył w Krakowie a jak zobaczymy z protokołu sekcyjnego, wejrzenie żołądka zbliża się więcej do otrucia kwasem siarkowym, niż azotowym.

Dnia 24. Września 1894. o godz. 11. w nocy przywieziono do szpitala św. Łazarza w Krakowie mężczyznę, który sam otruł się kwasem azotowym. Mężczyzną owym był J. M., 25 lat liczący, posługacz szpitalny, który trapiony sprawami familijnemi zabrał czysty kwas azotowy z sali dyżurnej lekarskiej pomienionego szpitala a wyszedłszy na planty, napił się go. Ponieważ stało się to w bliskości Towarzystwa ratunkowego, pomoc lekarska była nadzwyczaj rychła i już w $^1/_2$ godziny po zażyciu znajdował się J. M. w szpitalu św. Łazarza, gdzie przystąpiono zaraz do przepłukania żołądka i zobojętnienia kwasu. Resztki niedopitego kwasu odebrano z rąk samobójcy i po należytem opieczętowaniu odesłano do prokuratoryi rządowej.

Stan chorego był nadzwyczaj ciężki, jak wykazuje historya choroby szpitalna. Błona śluzowa jamy ust, języka spalona. Na rękach smugi żółtawe, ilość oddechów 48, oddech charczący, tętno 150, pęcherz nie wydęty. Moczu ani stolca nie oddawał. W takim stanie znajdywał się do 2-go dnia, w którym o godz. 4. po południu, więc w 18 godzin po otruciu się. wśród ogólnego zapadu zakończył życie.

Zwłoki odstawiono do zakładu Medycyny sądowej, gdzie też dnia 26. Września 1894. rano wykonałem sekcyę policyjno-lekarską.

Protokół sekcyi jest następujący:

1) Zwłoki mężczyzny dobrze odżywionego i zbudowanego, długości 150 cm. Stężenie trupie utrzymuje się we wszystkich kończynach. Plamy pośmiertne, w zwykłych miejscach na grzbiecie i jako takie przez nacięcie potwierdzone.

Spojówki blade. Źrenice jednakowo rozszerzone. Wargi ust z zewnątrz żółtawo zabarwione, przyschłe, od wnętrza zaś błona śluzowa okazuje się zupełnie biało zabarwiona i daje się ściągnąć całymi płatami, błona podśluzowa zaś jasno-różowo nastrzykana. Na brodzie w linii środkowej smuga żółtawa. Jamy nosa bez zmian. Na obu rękach po stronie zewnętrznej smugi wybitnie żółte w rozmaitych kie-

runkach. Zresztą oglądanie zewnętrzne nie wykazuje żadnych zmian.

Oglądanie wewnętrzne. Opuszczam opis mózgu i mięśni, jako niecharakterystyczny a przystąpię od razu do opisania przewodu pokarmowego.

Całe podniebienie twarde i miękkie żółtawo zabarwione, powierzchowna błona śluzowa daje się z łatwością ściągnąć a po ściągnieniu tych nalotów ukazuje się różowo nastrzykana błona podśluzowa, szczególniej na podniebieniu miękkiem. Język w części przodkowej wybitnie żółtawo zabarwiony. Ściana tylna żołądka od zewnątrz przedstawia się mocno nastrzykaną. Żołądek zawiera ciecz krwawo zabarwioną. Ściana cała wewnętrzna żołądka wybitnie czarno zabarwiona, jakby zwęglona. Zabarwienie to sięga na przekroju poprzecznym wzdłuż błony śluzowej, gdzieniegdzie nawet aż do warstwy mięsnej. Wśród tego czarnego, jednostajnego zabarwienia widzieć można, jakby wysepki, czerwonawe ogniska wielkości, co najwięcej grochu; okolica odźwiernika okazuje zabarwienie seledynowe. Perforacyi nigdzie nie ma. Jelita cienkie zawierają prawie aż do kiszki ślepej kał dość zbity w postaci papki barwy czekoladowej; jelita zaś grube zawierają kał podobnie zbity, barwy więcej ziemistej. Błona śluzowa jelit cienkich nieznacznie nastrzykana, gęsto obok siebie ułożonymi gruczołami odosobnionymi zasiana.

Z innych organów na uwagę zasługują nerki, które okazują się prawidłowej wielkości. Torebka z nich schodzi łatwo, o powierzchni wiśniowo zabarwionej, dosyć soczystej. Wszędzie jednak odgraniczenie substancyi korowej od rdzennej tudzież budowa pasmowa korowej dosyć wyraźna.

Pęcherz moczowy skurczony, zawiera małą łyżeczkę cieczy gęstawej, jak mleko zabarwionej.

Wierne odmalowanie przewodu pokarmowego jako też platynotypia zdjęta przez P. Drda med. Rosenberga znajduje się w zakładzie Medycyny sądowej w Krakowie.

Przypadek opisany jest ciekawym z 2 względów:

1) dlatego, że otrucie nastąpiło środkiem mało używanym do otruć, jakim jest kwas azotowy.

2) dlatego, że gdybyśmy mieli rozpoznać na podstawie obrazu anatomicznego żołądka, musielibyśmy przypuścić raczej otrucie kwasem siarkowym, niż azotowym.

Chcąc udowodnić, że otrucie nastąpiło w tym przypadku czystym kwasem azotowym, trzeba było przedewszystkiem przystąpić do badania chemicznego. Jak wiemy, badanie pierwszej treści wymiotowanej lub wypompowanej nie przedstawia żadnych trudności. Ponieważ jednak treści tej w szpitalu nie zachowano, przystąpiłem do zbadania chemicznego treści żołądkowej. Oto w żaden sposób nie mogłem wykazać kwasu azotowego mimo, że robiłem najczulsze próby, jak z brucyną i kwasem siarkowym.

Dochodziłem wtedy chemicznie innych kwasów i ługów, lecz wszystkie próby nic nie wykazały. Podobnie, jak i ja doszedł do tych samych rezultatów Buchner, który opisuje 3 przypadki otrucia kwasem azotowym, w których badanie chemiczne nigdy nie wykazało tego kwasu.

Schultzen wprawdzie zwraca uwagę na potrzebę zbadania w takich razach moczu, ale nie mogłem tego uczynić, gdyż w przypadku moim nie był to mocz w ścisłem słowa znaczeniu, jak to wykazało badanie mikroskopowe tego płynu.

Obok tych prób zbadałem pod względem obecności kwasu azotowego żółć i krew, lecz i tu nic nie znalazłem. Na pytanie, dlaczego badanie chemiczne nie wykryło kwasu azotowego, odpowiedź bardzo łatwa, jeżeli uwzględni się wszystkie zabiegi lekarskie, podjęte w celu wyratowania otrutego. (Dokończenie nastąpi).

IV. Oceny i sprawozdania.

Bibliotheca medica. **Abtheilung Dermatologie und Syphilidologie.** Herausgegeben von Prof. Dr. A. Neisser. Breslau. Heft 1—3. Th. Fischer & C°. Cassel 1894.

Celem powyższego dzieła jest ułatwienie wydawnictwa monografij zaopatrzonych w liczne rysunki i dodatki artystyczne, których umieszczenie w archiwach, miesięcznikach lub innych pismach peryodycznych, przedstawia nieraz dosyć znaczne i tylko dla małej liczby autorów przystępne koszta. Nakładca widocznie nie szczędził pieniędzy i pozwolił autorowi i wydawcy na prawdziwy zbytek wydawnictwa, tak co do strony zewnętrznej jak i co do znacznej liczby dodatków. Pierwsze trzy zeszyty, które świeżo opuściły prasę, świadczą o tem wymownie. Zawierają one bardzo zajmujące monografie kazuistyczne o psorospermozie pióra Schwimmera i de Amicis.

Zeszyt drugi zawiera wyciąg ze znakomitej pracy Hansena o trądzie, publikowanej pierwotnie w języku norweskim, z nader obfitym materyałem kazuistycznym i anatomopatologicznym. Dzieło to, które ze względu na treść swoją stanie się niezawodnie niezbędne dla każdego naukowo pracującego specyalisty, przedstawia nadto niepomierne zalety dydaktyczne, nadając się bardzo do demonstracyj naukowych.

Dr. Reiss.

Stereoscopischer medizinischer Atlas. Herausgegeben unter Mitwirkung zahlreicher Fachgenossen von Prof. Dr. A. Neisser. Breslau Erste Lieferung. Th. Fischer u. C°. Cassel. 1894.

Dzieło to, którego pierwszy zeszyt mamy przed sobą, zasługuje dla swej oryginalności, jak również dla swych niezrównanych zalet dydaktycznych na gorące uznanie. Mamy w niem pierwsze w swoim rodzaju obrazy stereoskopowe otrzymane ze zdjęć fotograficznych sposobem galwanicznym, illustrujące nam wszystkie działy medycyny, przyczem plastyka uzyskana stereoskopem dochodzi do takiej doskonałości i jest tak łudząco naturalną, że nie może iść w porównanie z żadnem z dotychczasowych usiłowań w tej dziedzinie. Pierwszy zeszyt opracowany przez Neissera ze współudziałem Mikulicza i Ponficka zawiera dwanaście tablic z dziedziny dermatosyfilidologii, chirurgii i anatomii patologicznej, przedstawiających znakomite zdjęcia obrazów chorobowych i preparatów patologicznych Wszystkie obrazy przy wzorowem wykonaniu zyskują w stereoskopie przez powiększenie i perspektywę niezmiernie na plastyce. Ponieważ nakładca oświadczył gotowość dostarczania stereoskopów po cenie 4 Mk. 50 f. a cena jednego osobno zeszytu wynosi również tylko 4 Mk., przeto spodziewać się należy, że dzieło to doczeka się w świecie lekarskim wielkiego rozpowszechnienia, zwłaszcza, że chyba tylko ono zastąpić nam może tak drogie Monlages i ma przytem tę zaletę, że obejmuje wszystkie działy medycyny.

Dr. Reiss.

Choroby dzieci.

Lanceraux: **Rytmiczne pociąganie języka.**

Na posiedzeniu paryskiej akademii lekarskiej w dniu 9. Stycznia 1894, przedstawiał autor metodę wywołania sztucznego oddechu w przypadkach nagłego zapadu, szczególnie u bezprzytomnych opilców, zapomocą ucisku na korzeń języka w połączeniu z miarowemi pociąganiami jego. Autor

opisuje przypadek nagłego zapadu u dziecka sześcioletniego, chorego na dławiec, w którym sztuczne oddychanie i inne metody pozostały bez skutku a po 5—6 pociągnięciach języka dziecko wykrztusiło grubą błonę, skutkiem czego blado-sinawa twarz jego przybrała napowrót cerę żywą. Przypadek ten po 36 godzinach zakończył się śmiercią z powodu dalszego postępowania choroby gardła. (*Wiener klinische Wochenschrift* Nr. 35. 1894). *Dr. Komorowski.*

Leczenie chirurgiczne wodogłowia przewlekłego.

Podczas Zjazdu francuskich chirurgów w Październiku b. r. miał Bilhaut odczyt o operacyi kraniektomii kolistej, którą wykonał z powodu wodogłowia przewlekłego u $2^1/_2$ letniej dziewczynki. Sprawa chirurgicznego leczenia wodogłowia przewlekłego jest na porządku dziennym usiłowań lekarzy, więc i przyczynek Bilhauta nie powinien przejść niepostrzeżenie. Przypisując złe następstwa operacyi wodogłowia zboczeniom w mózgowiu, wynikłym z dekompresyi, B. postanowił wykonać kraniektomię kolistą, ażeby tem łatwiej wykonać nacisk, zastępujący dotychczasowe ciśnienie cieczy wodogłowia. Lecz i ten zabieg (trepanopunkcya) zakończył się niepomyślnie. B. sądzi, że śmiertelność po tej operacyi ma swe źródło w przyrodzie samej choroby, oraz w czynnikach etyologicznych i doradza zaniechanie chirurgicznego leczenia wodogłowia.

Na tem samem posiedzeniu Picqué i Terrier zdali sprawę ze swoich poszukiwań nad zmianami anatomopatologicznemi mózgowia w wodogłowiu przewłocznem, do których zaliczają i nadmierne rozszerzenie otworu szyjnego i przewodu rdzeniowego, zanik spoidła największego, wydłużenie móżdżku i t. d. i dochodzą do wniosku, że tak głębokich i ważnych zmian anatomicznych nie jest w stanie usunąć najjenialniejszy zabieg chirurgiczny. Na 13 przypadków, przez nich operowanych, 12 zakończyło się śmiercią a trzynasty chory, który ocalał, pozostał na tym samym stopniu niedorozwoju umysłowego. (*Le Progrès Médical* Nr. 42, 1894). *Dr. A. Kwaśnicki.*

Choroby zakaźne.

Roux: Leczenie błonicy za pomocą surowicy krwi zwierząt immunizowanych.

(Według wykładu na kongresie hig. w Buda-Peszcie).

Myśl leczenia pewnych chorób zakaźnych za pomocą surowicy krwi zwierząt, które tę chorobę przebyły, podjęta przez Behringa w celu leczenia tężca, znalazła także zastósowanie w leczeniu błonicy. Działanie w ten sposób uzyskanej surowicy, jakkolwiek pewne i znakomite, licznemi doświadczeniami na zwierzętach stwierdzone, okazało się w praktyce wobec tężca u ludzi nie bardzo korzystnem dlatego, że nie jesteśmy w stanie rozpoznać tężca dosyć wcześnie, że rozpoznajemy go wtedy, kiedy organizm już wysycony toksynami a na działanie surowicy już za późno. Inaczej ma się rzecz z błonicą; tu błona wytwarzająca się na błonie śluzowej gardła, jak i inne objawy zaraz z początku występujące uprzedzają nas o majacem nastąpić zakażeniu, tu też możemy wcześnie rozpocząć działanie i dlatego oczekiwać pomyślnego skutku.

W jaki sposób uzyskuje się tę surowicę?

Postępowanie Rouxa zgadza się w grubszych zarysach z postępowaniem Behringa a da się streścić w ten sposób: Czystą hodowlę prątków Löfflera szczepi się do bulionu alkalicznego, odpowiednio przyrządzonego; po 24—48 godzinach odsącza się ciecz (prątki zostaną na sączku Chamberlanda), w której znajdują się toksyny błonicy.

Jeśli błonica była prawdziwą a jej prątki dostatecznie zjadliwymi, to 0·10 cm³ tego płynu wstrzyknięte pod skórę, zabija świnkę około 500 gramów ważącą w ciągu 48—60 godzin.

Toksyna w ten sposób uzyskana jest za mocna; osłabia się więc jej zjadliwość zapomocą jodu (płynu Grama); przez stósowne postępowanie może Roux jadowitość hodowli dowolnie wzmacniać i osłabiać. Mając już jad osłabiony, można zastrzyknąć z niego królikowi dawkę dość dużą (0.50 cm³) a zniesie on to bardzo dobrze. Zwierzęciu, które zniosło pierwszą dawkę tej osłabionej toksyny, wstrzykuje się w kilka dni później po raz wtóry już dawkę mniej osłabioną i t. d. postępując dochodzi się wreszcie do czystej toksyny. Na tem polega uodpornianie czyli immunizowanie.

Immunizować możemy różne zwierzęta i przekonamy się, że jedne z nich są mniej odporne na ten jad np. owce, krowy; inne więcej np. psy, konie i t. d.

Koń okazał się bardzo dobrym i do immunizowania i do uzyskiwania surowicy. Jad błoniczy znosi on wybornie, 2—5 cm³ wywołuje u niego tylko stan podgorączkowy; Roux doszedł, zwiększając dawkę, w ciągu 20 dni do wysokiej dawki 250 cm³. Koniowi immunizowanemu upuszcza się krwi z żyły szyjnej w pewnych odstępach czasu i z krwi tej przyrządza się surowicę.

O działaniu leczniczem surowicy możemy przekonać się wstrzykując ją równocześnie z toksynami a wtedy nie dostrzeżemy żadnego działania toksyn. Jeżeli pewną dawkę jadu wstrzykniemy dwom świnkom a jednę z nich kilka godzin przedtem przygotujemy zapomocą wstrzyknięcia surowicy na przyjęcie jadu błoniczego, drugiej zaś nie przygotujemy, to jadowi ulegnie ta tylko. Ten sam skutek wywołuje surowica wstrzyknięta po dawce toksyn.

Aby oznaczyć siłę własności immunizacyjnych surowicy, przyjął Behring za jednostkę tę ilość, która wystarcza, aby zimmunizować, t. j. zabezpieczyć gram zwierzęcia przed dawką na pewne śmiertelną. Np. surowica ma własność immunizacyjną 1 : 1000, znaczy to, że gram surowicy immunizuje 1.000 grm. pewnego zwierzęcia przed dawką w oznaczonym czasie zwierzę o tym ciężarze zabić mogąca. Ehrlich za jednostkę przyjmuje surowicę tak mocną, iż 1/10 cm³ jest w stanie zobojętnić 9/10 prawidłowej toksyny. Działanie surowicy jest najwybitniejsze, jeśli wstrzyknięto ją na kilka godzin przed zastrzyknięciem toksyn. I tak wystarczy zastrzyknąć zwierzęciu 1/100.000 jego ciężaru surowicy, aby mogło w kilka godzin później znieść dawkę toksyny, mogąca zabić w ciągu 5 dni; dawka surowicy, odpowiadająca 1/50.000 części ciężaru zwierzęcia uchrania je od dawki toksyn zabijającej w 48 godzinach.

Jeśli zastrzykuje się zwierzęciu naprzód toksyny, to do wyleczenia go użyć trzeba daleko większej dawki surowicy. Po upływie dłuższego czasu jednak, niż 12 godzin, surowica w doświadczeniach tych już nie działała. Gdy zamiast toksyn w bulionie wstrzykniemy zwierzęciu samą hodowlę, to odpowiednią dawką surowicy możemy je wyratować jeszcze po upływie 12—18 godzin.

Po przekonaniu się o nieszkodliwości dla zwierząt manipulacyj, o których mowa, przystąpił Roux do doświadczeń z chorymi na błonicę. Leczył 300 przypadków, z tych 78 zmarło czyli 26% śmiertelności, we wszystkich przypadkach wykazano prątki Löfflerowskie. Surowica przez Rouxa używana ma 50—100.000 jednostek; wstrzykiwał on 20 cm³ a w 24 godzin powtarzał dawkę i to zwykle wystarczało do wyleczenia, gdy zaś gorączka się utrzymywała i nie było poprawy, wstrzykiwano jeszcze 10—20 cm³.

Ciężar ciała dziecka wynosić mógł średnio 19 kilogr., dawka więc używana wynosiła 1/1000—1/100 ciężaru. Z ubocznych działań i objawów widziano tylko pokrzywkę (*urticaria*).

Przypadki błonicy dzieli R. na dwie gromady, do pierwszej zalicza przypadki niepowikłane inną chorobą; w grupie tej procent śmiertelności wynosił 7·5 lub nawet (gdy się odliczy przypadki za późno przybyłe, 24 godzin przed śmiercią) 1·66%. Działanie surowicy objawiało się obniżaniem się gorączki i znikaniem błon; ogólny stan bywał dobry. Gorzej przebiegały przypadki błonicy, w których badanie bakteryologiczne wykazywało łańcuszkowiec; tu procent śmierci wy-

nosi 34%. W drugiej grupie błonicy powikłanej dławcem krtani itd. procent śmierci był 46.

Roux zachęca do dalszych prób i sądzi, że uzyskać się da lepszy procent, chociaż i przez niego uzyskany 26% jest w porównaniu do dawnego 50% śmiertelności ogromnym postępem. *Dr. Raczyński.*

F o t h: **Doświadczenia z malleiną w armii rosyjskiej.**

Do doświadczeń wykonanych z polecenia rządu rosyjskiego użyto malleiny Kreslinga, sporządzonej w ten sposób. Jadowite hodowle bulionowe prątków nosaciznowych daje się do termostatu na 14—20 dni w temperaturę 36°—36,5° C, następnie wyjaławia się przez ogrzanie do 110° C, potem przesącza się pod ciśnieniem 6 atmosfer przez filtr Chamberlanda. Czysty płyn przesączony daje się do termostatu w temperaturę 36,0—36.5° C na 14—20 dni i w ten sposób, jak poprzednio, postępuje się jeszcze 2 razy. Tak otrzymany płyn jest przeźroczystym, ciemno-żółtej barwy, który w ilości 1 cm³. koniom chorym wstrzyknięty, wywołuje silną reakcyę a u zdrowych koni nawet po zastrzyknięciu podwójnej, potrójnej ilości nie wywołuje żadnej reakcyi. W ten sposób malleina otrzymana, zawierając mało peptonu staje się podobną do francuskiej.

Komisya w tym celu wybrana składała się ze znacznej liczby osób, byli tam i profesorowie i magistrowie i bakteryologowie, inspektorowie obwodowi, weterynarze wojskowi i policyjni i wielu innych.

Komisya przeprowadziła swoje doświadczenia na wielki rozmiar a dla osądzenia reakcyi zwrócono uwagę na: 1) podniesienie się ciepłoty ciała, 2) wypadkową średnią ciepłoty z przeciągu pewnego czasu, 3) na krzywizny gorączkowe; również trzymano się tej zasady, że konie, które okazywały podniesienie się ciepłoty o 2° C, uważano za podejrzane, a wyżej 2° C za bardzo podejrzane.

I tak w pewnym pułku kawaleryi, mającym około 700 koni w przeciągu pół roku wykryto nosaciznę u 58 koni, poczem zaszczepiono 658 koniom malleinę.

Wyniki były następujące:

1) 290 koni bez reakcyi uznano za zdrowe.

2) 130 koni z reakcyą do 2° C uznano za podejrzane.

3) 238 koni z reakcyą wyżej 2° C uznano za bardzo podejrzane.

Z tych 638 koni zastrzelono 22, mianowicie 1 z pierwszej grupy, 7 z drugiej grupy, 14 z trzeciej grupy, a to w celu zbadania dyagnostycznej wartości szczepienia a zarazem związku miejscowej i ogólnej reakcyi ze sprawą chorobową.

Komisya jednak nie trzymała się ściśle przyjętej przez siebie zasady, gdyż z zabitych koni ledwie jeden okazywał reakcyę 1,3° C, wszystkie zaś inne reakcyę wyżej 2° C; zatem z grupy pierwszej nie było żadnego konia, z grupy drugiej zabito 1 a z trzeciej 21 koni.

Z protokołów sekcyjnych, wydrukowanych w broszurze wydanej przez komisyę wypada, że z 22 koni było ledwie 5, któreby ewentualnie do nosacizny odnieść można.

Z tych 22 koni 1 z reakcyą 1,3° C okazał się zdrowym a u reszty 21 koni, badanie bakteryologiczne nie wykazało nosacizny; nawet w świeżych zmianach w płucach i na błonie śluzowej jamy nosowej prątków nie znaleziono. F. roztrząsając sprawozdanie Komisyi i protokóły sekcyjne, nabiera przekonania, że działalność Komisyi była bardzo niedostateczna, sekcye niedokładnie przeprowadzone i opisane, badanie bakteryologiczne całe, rozpoznanie i orzeczenie wątpliwe.

Oto treść orzeczenia Komisyi:

Wśród szczególniejszych okoliczności i klimatycznych stósunków nosacizna przybiera przebieg łagodny i nadzwyczaj przewlekły tak dalece, że zmiany patologiczne na zwłokach nie są wyraźne a rozpoznanie, nawet z pomocą badania bakteryologicznego, natrafia na wielkie trudności. *(Centralbl. für Bact. u. Parasit.* T. XVI. Nr. 12/13).

Dr. L. Haim.

Bakteryologia.

H. W. C o n n: **Bakterye w mleczarstwie. Oddzielenie fermentu podpuszczki z hodowli bakteryj.**

Lubo kilku znanych badaczy (Adametz) zajmowało się dokładnem badaniem bakteryj pośredniczących w kiśnieniu mleka, nie udało się dotąd otrzymać f e r m e n t u w ł a ś c i w e g o w czystości z rzeczonych bakteryj. Conn opisuje metodę przez siebie w tym celu zastósowaną: Bakterye (badał w ten sposób 7 gatunków, między nimi drobnoustrój podobny do *bacillus lactis erythrogenus* i *bacillus fluorescens liquefaciens)* hodował w mleku przez kilka dni, czasem nawet przez 2 tygodnie. Przez ten czas wydzielił się sernik a następnie rozpuścił w części, przez co mleko zmieniło się w płyn gęstawy, zawierający bardzo znaczną ilość bakteryj; przesącz przedstawiał się jako płyn jasny, barwy bursztynowej i zawierał oczywiście wszystkie rozpuszczalne fermenty chemiczne, wytworzone przez bakterye. Przesącz ten zakwaszał kwasem siarkowym i dodawał soli kuchennej aż do przesycenia, poczem pojawiała się na powierzchni znaczna ilość ś n i e ż n o - b i a ł e j p i a n y. Piana ta zebrana, oczyszczona przez stracenie i wysuszona wydała proszek śnieżno-biały, który sprawiał krzepnienie mleka i nosił na sobie wszystkie cechy podpuszczki. Ferment ten daje się przechować bardzo długo, działa najlepiej w ciepłocie 30°—35° C. i sprawia krzepnienie mleka wyjałowionego w ciągu pół godziny. Mleko w ten sposób skrzepłe nie zawiera ż a d n y c h b a k t e r y j.

Autor opisuje i zaleca używanie opisanego fermentu w praktycznem mleczarstwie. Praca powyższa jest cennym przyczynkiem w nauce o uzyskaniu substancyj chemicznych, będących wytworami przemiany materyi bakteryj. (*Centralblatt für Bacteriologie und Parasitenkunde.* Tom XVI. Nr. 22. 1894). *Pon.*

Zapiski terapeutyczne.

— D. H a n s e m a n n: O b ł o n i c y i j e j l e c z e n i u w s t r z y k i w a n i a m i s u r o w i c y B e h r i n g a. W czasie, w którym rozprawia się tyle o błonicy, wypada zastanowić się, co w naszych o tej chorobie wiadomościach jest rzeczą pewną a co tylko przypuszczeniem. Zdawałoby się, że pogląd na te sprawy powinna dać historya błonicy, wydana niedawno przez Behringa, okazuje się wszakże, że nie jest to historya, lecz tylko zbiór tego, co popiera twierdzenia Behringa lub łatwo zbić się daje.

Przedewszystkiem wiedzieć należy, że laseecznik Loefflerowski nie jest przyczyną prawdziwej błonicy, jak ją scharakteryzował Bretonneau, bo trafia się tylko mniej więcej w 75% przypadków tej choroby, jak to zresztą podał już sam Loeffler, nie znajduje się nigdy sam wyłącznie a natomiast znajduje się nie tylko w innych chorobach, nie mających z błonicą nic wspólnego, ale także i u osób zupełnie zdrowych. Lasecznik, o którym mowa, wywołuje u zwierząt chorobę, której pod względem ani klinicznym ani anatomicznym za błonicę brać nie można, jak na odwrót znów w tejże samej epidemii trafiają się wzorowe przypadki błonicy z lasecznikami Loefflerowskiemi i bez nich. Twierdzić przeto, że prawdziwej błonicy nie ma bez laseczników Loefflerowskich, jest to po prostu stawać w sprzeczności z okolicznościami udowodnionemi przez bakteryologią, klinikę i anatomią patologiczną.

Lasecznik Loefflerowski w zetknięciu ze zdrową błoną śluzową nie sprawia żadnego skutku; jedynie po mocnem wcieraniu prowadzi do wypociny włóknikowej, dalej już nie szerzącej się, wypociny, którą można wywołać nie tylko innemi bakteryami, ale nawet i przetworami chemicznemi. Jestto dowodem, że lasecznik Loefflerowski nie jest przyczyną prawdziwej błonicy.

Użycie terapeutyczne surowicy właściwej w błonicy opiera się na dwóch przypuszczeniach: 1) że leczenie polega na uodpornieniu (immunizacyi) ustroju przez samąż chorobę

zakaźną i 2) że to uodpornienie następuje przez powstanie antytoksyn, t. j. substancyj chemicznych, niszczących trujące działanie bakteryj.

Przypuszczenie pierwsze jest tylko teoryą a antytoksyn nikt nie widział i w stanie czystym nie otrzymał. Całe przeto pojęcie antytoksyn znów jest tylko samą teoryą. Tyle tylko wydaje się pewnem, że można zwierzęta immunizować przeciw prątkom Loefflerowskim i że ich surowicą można immunizować inne zwierzęta przeciw tejże samej chorobie i chronić je od jej nabycia.

Ztąd wszakże nie wolno wnosić, że surowica, o której mowa, jest lekiem swoistym przeciw błonicy u ludzi, gdyż 1) zwierzęta zachowują się w tej mierze inaczej, jak człowiek a 2) to nie błonica, którą leczy się surowicą u zwierząt, to tylko choroba powstała z laseczników Loefflerowskich.

Behring twierdzi o swym środku, 1) że uodpornia, 2) leczy, 3) nie jest szkodliwy.

Co do 1). Immunizacyi wcale dotychczas jeszcze nie udowodniono, bo nie ulega wątpliwości, że są przypadki, w których surowica Behringa nie okazała się skuteczną, co tłómaczono w dwojaki sposób: albo dziecko już było chore, kiedy je szczepiono albo uodpornienie, którego trwanie podawano z początku na 8 do 14 dni, obecnie już na 6 tygodni, nie wytrzymało tak długo, jak było potrzeba.

Co do 2). Nie ma dotychczas dowodu, że surowica Behringa rzeczywiście leczy błonicę. Ażeby dowieść jej skuteczności, odwołano się do statystyki. Pamiętać wszakże trzeba, że obecnie przysyłają do szpitali celem leczenia surowicy przypadki bardzo lekkie, któreby skończyły się pomyślnie i bez żadnego leczenia i którychby kiedyindziej nie uważano wcale za błonicę, gdy dawniej dostawały się do szpitali same tylko przypadki ciężkie. Jeżeliby np. leczono surowicą zapalenie włóknikowe błony śluzowej nosa *(rhinitis fibrinosa)*, zapalenie, w którem zawsze znajdują się laseczniki Loefflerowskie, otrzymanoby z pewnością 100% wyleczenia, ponieważ ta choroba i bez leczenia kończy się zawsze pomyślnie. Przeciwko swoistości działania surowicy przemawia i to, że już znanych jest 17 przypadków błonicy, w których mimo leczenia surowicą przyszło do właściwych, od dawna znanych porażeń pobłoniczych.

Co do 3). Mylnem jest zdanie, jakoby surowica Behringa była całkiem bezpiecznym środkiem. Pomijając już, iż surowica krwi jednych zwierząt jest dla zwierząt innego gatunku gwałtowną trucizną, działającą szkodliwie na krew, bez względu, czy ją wstrzyknie się podskórnie, czy wprowadzi wprost do żył, widziano po użyciu leczniczem surowicy Behringa cały szereg przypadków z pokrzywką, wysoką gorączką, bólami w stawach, obrzmieniem gruczołów limf. i t. d. (por. nr 49. *Przeglądu lek.* z r. b.) i białkomoczem *(albuminuria)* a autor przytacza ze szpitala berlińskiego Charité przypadek, w którym po wstrzyknięciu surowicy Behringa wystąpiło ciężkie zapalenie nerek zakończone śmiercią. Sekcya wykazała w nerkach zmiany, jakich nie widziano ani w płonicy ani w błonicy.

Surowicy przeto Behringa nie można bynajmniej uważać za środek obojętny.

Wywody swe kończy autor twierdzeniem:

a) że nie ma żadnych dowodów swoistego działania surowicy Behringa w błonicy i *b)* że środek ten w pewnych okolicznościach może stać się szkodliwym. (*Berliner klin. Wschrift* 10. Grudnia 1894).

— Altmann (w Metzu): W sprawie techniki wstrzykiwań w żyły. Uwagi Blaschki co do trudności technicznych i niedogodności łączących się ze wstrzykiwaniami w żyły (por. nr. 46. *Przeglądu lek.* z r. b.) skłaniają autora do podania następnego sposobu, który wszelkie niedogodności usuwa prawie zupełnie. Przez obwinięcie ramienia opaską lnianą lub rurką kauczukową, robi się naprzód widoczną żyłę pośrodkową *(vena mediana)* w okolicy stawu łokciowego, poczem wbija w nią oczywiście bardzo starannie desinfekcyonową igłę, trzymając ją ile możności równolegle do skóry z końcem zwróconym ku ramieniu a wbija powoli, dopóki nie wystąpi krew z otworu górnego igły, co jest dowodem, iż igła jest już w żyle. Krew wypływająca z igły wypędza powietrze a skoro tylko okaże się, iż w tej krwi nie ma baniek powietrza, chwyta się po usunięciu opaski z ramienia strzykawkę już gotową, t. j. płynem wypełnioną i przykłada ją do igły, poczem wstrzykuje się. Tym sposobem unika się na pewne wprowadzenia powietrza do żyły. Postępowanie to jest bardzo proste i przy niejakiej wprawie udaje się za pierwszem zaraz nakłuciem, jest całkiem niebolesne i zapobiega zupełnie dostaniu się płynu w sąsiedztwo żyły a nadto zapewnia bezpieczeństwo metodzie, która ma wiele zalet przed wstrzykiwaniem podskórnem. *(Berl. klin. Wchschrift.* 26. Listopada 1894).

— W. Bechterew. O równoczesnem używaniu bromków i gorzykwiatu wiosennego *(adonis vernalis)* w padaczce *(epilepsia)*. Między wszystkimi środkami przeciw padaczce najskuteczniejszymi są bromki we wielkich dawkach. Mimo tego nie można zaprzeczyć, iż przy zadawaniu samych wyłącznie bromków napady padaczki w małej tylko liczbie przypadków ustają zupełnie, najczęściej tylko stają się rzadszymi i słabszymi. Są wszakże i przypadki, w których bromki nie mają żadnego wpływu na przebieg padaczki albo nawet działają szkodliwie. Dlatego w ostatnich czasach zaczęto bromki łączyć z innemi lekami, jak bobem kalabarskim, ezeryną, pitrotoksyną, pokrzykiem wilczą jagodą *(belladonna)*, atropiną lub naparstnicą *(digitalis)*. Poulet radzi we wszystkich ciężkich i uporczywych przypadkach łączyć bromki z jednym z wymienionych co właśnie środków a Flechsig zaleca obok bromków makowiec *(opium)* w ten sposób, że przez 6 tygodni zadaje makowiec poczynając od 5 centygramów dziennie (rozdzielonych na 3 lub 4 dawki) a dochodząc do grama i więcej nawet dziennie (po 0·25 do 0·35 trzy lub cztery razy również dziennie), poczem przechodzi nagle do dużych dawek (po 7·00 na dzień) bromków i daje je bez zmiany przez mniej więcej dwa miesiące, poczem schodzi zwolna do dwóch gramów dziennie.

Ten sposób leczenia ma być skutecznym nawet w zastarzałych i uporczywych przypadkach padaczki, co polega prawdopodobnie na tem, iż makowiec przysposabia ustrój do bromków i potęgnje ich działanie.

Wychodząc ze zapatrywania, że podstawą napadów padaczki są zboczenia naczynioruchowe a mianowicie czynne przekrwienie mózgu, tudzież, że bromki działają głównie przez obniżenie pobudliwości układu nerwowego, osobliwie kory mózgowej, łączy autor bromki z gorzykwiatem wiosennym, który obok podwyższenia ciśnienia w naczyniach zwęża ich światło, i w tym celu zapisuje:

148) Rp. *Inf. adonis vernalis e* 2·00—3·75
ad colaturam 180·00
Kalii bromati 7·50—11·50

MDS. Zażywać w miarę potrzeby od 4 do 8 łyżek dziennie.

Jako leku uspakajającego można dodać do tej mieszaniny 12 do 18 centygramów kodeiny. Leczenie takie znoszą chorzy dobrze i całymi nawet miesiącami.

Terapia taka nieraz odrazu wstrzymuje zupełnie napady padaczki, w innych przynajmniej znacznie zmniejsza ich stopień i liczbę.

W niektórych przypadkach otrzymał autor skutek pomyślny z połączenia bromków z naparem naparstnicy (*infusum digitalis*); gdy jednakowoż ta działa zbiorowo, wolał autor używać gorzykwiatu wiosennego. Dodatek kodeiny jest bardzo przydatny, sądzi jednak autor, że możnaby go zastąpić z dobrym także skutkiem innemi przetworami makowca. *(Neurologisches Centralblatt* 1. Grudnia 1894).

— W dnie (*arthritis chronica*) zaleca R. Blackham:

149) Rp. *Chinini sulfurici*
Exti colchici
Pulv. foll. digitalis
Pulv. scillae $\widehat{aa}$ 1·20
Gummi tragacanthae *q. s.*
M. f. l. a. pil. viginti.

S. Zażywać dziennie po 1 do 3 pigułek przed jedzeniem.

— W zapaleniu gruczołu przyusznego *(parotitis)* zaleca H. Stauffer wcieranie rano i wieczór w wielkości orzecha laskowego maści:

150) Rp. *Ichthyoli*
Lanolini ${\widehat{aa}}$ *10·00*

Leczenie to nie tylko uśmierza bardzo rychło bóle, ale i zmniejsza obrzmienie.

(La semaine médicale. 5. Grudnia 1894).

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne dnia 7. Listopada 1894 r.

Przewodniczący kol. Kwaśnicki. — Obecnych członków 43.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Kol. przewodniczący powitał obecnych na posiedzeniu gości: Dra Bohdanowicza z Paryża i Dra Górskiego z Bochni.

3) Kol. przewodniczący odczytał list Dra Ściborowskiego, który ofiarował bibliotece Tow. lek. krak. zbiór dzieł lekarskich, broszur i czasopism, pomiędzy temi ostatniemi znajdują się roczniki kompletne niektórych pism, stanowiących dziś rzadkość. W imieniu Komitetu wnosi kol. przewodniczący, aby Towarzystwo złożyło ofiarodawcy piśmienne podziękowanie z zapisaniem tego do protokołu, co jednomyślnie uchwalono.

4) Kol. przewodniczący odczytał ułożoną przez Komitet listę członków komisyi przedwyborczej, w której skład weszli: Dr. Buszek, prof. Browicz, Dr. Bielański, Dr. Filimowski, prof. Gluziński, Dr. Junger, Dr. Kośmiński, Dr. Kozłowski, Dr. Kirschner, Dr. Mączka, prof. Mars, Dr. Nowak, prof. Obaliński, prof. Pieniążek, doc. Ponikło, prof. Rydel, Dr. Raczyński, Dr. Rosner, Dr. Rosenblatt, Dr. Rutkowski, Dr. Ściborowski, Dr. Szymkiewicz, Dr. Tyszkiewicz, Dr. Wiszniewski i Dr. Zoll.

5) Kol. Kryński przedstawił chorego, u którego wykonał plastyczną operacyę ścięgien dłoni. Chory ten, mężczyzna 24-letni, zgłosił się do kliniki chirurgicznej, skarżąc się na niemożność zginania palca środkowego ręki prawej, który sterczy wyprostowany, przeszkadzając w robocie. Powstało to w skutek skaleczenia dłoni szydłem, czego ślad jest widoczny w postaci małej blizny w samym środku dłoni. Rozpoznawszy przecięcie ścięgien obu zginaczy palca środkowego, wobec niemożności zeszycia obydwóch ich końców, wykonał mówca następną operacyę: Obnażywszy szerokiem cięciem ścięgna, leżące w pośrodku dłoni, w wysokości odpowiadającej obwodowemu końcowi przeciętych ścięgien 3-go palca, rozszczepił podłużnie ścięgno powierzchownego zginacza wskaziciela i tę odszczepioną połowę zeszył z końcem takiegoż ścięgna 3-go palca, w takiż sam sposób część ścięgna głębokiego zginacza 4-go palca zeszył z odpowiedniem ścięgnem przeciętem środkowego. W ten sposób czynność zginaczów tego palca rozłożono na dwa sąsiednie palce: powierzchownego na palec 2-gi, głębokiego na palec 4-ty; wreszcie zeszyto ranę skórną. Dziś minęły cztery miesiące od operacyi: wzdłuż dłoni ciągnie się wązka blizna linijna, zginanie i prostowanie palców wszystkich razem jest zupełnie swobodne i prawidłowe, sam zaś jeden 3-ci palec zgina się dobrze, lecz maximum zgięcia, bez jednoczesnego współudziału innych palców, nie wykonywa. Prawdopodobnie, że i ten ruch, nawet dla chorego niekoniecznie potrzebny, przy odpowiedniem ćwiczeniu się, będzie on mógł wkrótce osiągnąć.

6) Kol. Słapa miał zapowiedziany wykład *o leczeniu błonicy surowicą krwi,* przeznaczony do druku w *Przeglądzie lek.* W dyskusyi oświadcza kol. Jakubowski, iż doświadczenia z antytoksyną błoniczą robią obecnie (głównie pedyatrzy) w wielu klinikach i szpitalach dziecięcych. Przemawiający również od kilku tygodni stosuje ten środek w błonicy w swej klinice pedyatrycznej w szpitalu św. Ludwika. Obserwacya kilku dotąd leczonych przypadków nie uprawnia jednak mówcy do wysnuwania jakichbądź wniosków o skuteczności środka, zwraca on jednak uwagę, iż chcąc otrzymać z doświadczeń z antytoksyną rzetelne pojęcie o jej skuteczności, należy obok ścisłej obserwacyi klinicznej prowadzić równocześnie dla kontroli badania bakteryologiczne. A mianowicie przed użyciem płynu u człowieka należy wprzód część jego zastrzyknąć śwince morskiej w celu przekonania się o jego sile i skuteczności. Równocześnie należy płyn zbadać dokładnie, czy w skutek dłuższego przechowywania nie rozkłada się gnilnie, antytoksyna bowiem, jako surowica krwi, z łatwością podpaść takiej zmianie może. Wstrzykując więc bez poprzedniej kontroli antytoksynę, którą sporządzono przed kilku tygodniami a może nawet przed kilku miesiącami, łatwo można zastrzyknąć płyn już rozkładający się, zawierający w sobie trujące albuminaty, a natenczas zamiast zbawiennych skutków leczniczych, sprowadzić można u chorych groźne przypadki zatrucia. Także w celu kontroli obserwacyi klinicznej pokłady błonicze należy poddać badaniu bakteryologicznemu tak przed zastrzyknięciem, jak i po zastrzyknięciu antytoksyny. Przed zastrzyknięciem dlatego, aby nabrać przekonania, że istotnie mamy do czynienia z błonicą, rozwijającą się pod wpływem prątków Löfflerowskich; po wstrzyknięciu zaś badać należy oddzielające się błony w celu przekonania się, o ile wstrzyknięcie wpływa na dalszy rozwój lub obumieranie prątków. Następnie przemawiający zwraca uwagę, że nietylko w zawodowych pismach lekarskich, ale i peryodycznych nielekarskich, pojawia się dużo sprawozdań o skuteczności antytoksyny, opierających się na statystyce śmiertelności z błonicy przed i po zastosowaniu rzeczonego środka. Śmiertelność dotychczasowa w błonicy wynosiła około 50%, u chorych zaś leczonych antytoksyną tylko 24%. Takie zestawienie cyfr obok siebie nie jest uzasadnionem, gdyż w dotychczasowych wykazach śmiertelności wyliczano wszystkie przypadki śmierci, pochodzące w skutek błonicy tak samoistnej, jak i następowej, pojawiającej się n. p. w przebiegu płonicy. Tymczasem antytoksynę zalecają tylko w błonicy samoistnej, rozwijającej się pod wpływem prątków Löfflerowskich, a więc i śmiertelność odnosi się tylko do tej postaci choroby. Jeżeli porównanie odsetków śmiertelności ma służyć za podstawę do ocenienia skuteczności i wartości środka, w takim razie z dawniejszych dat statystycznych należałoby brać do obliczenia tylko śmiertelność z przypadków samoistnej błonicy, co jednak prawie jest niemożliwem, gdyż w dawniejszych czasach, przed wprowadzeniem badania bakteryologicznego, lekarze praktyczni nie odróżniali tak ściśle gatunków błonicy, jak to bywa dzisiaj. Również z relacyj, ogłaszanych w pismach zawodowych, dowiadujemy się, iż w dławcu czyli krupie błoniczym, po wstrzyknięciu antytoksyny procent śmiertelności z 75 obniżył się na 44·9, co nie zgadza się z rzeczywistością. Mówca zwraca uwagę, iż od lat 10-ciu, gdy do leczenia dławca błoniczego wprowadzono intubacyą metodą O'Dwyera, według ścisłych zestawień statystycznych prof. Rankego w Monachium, liczba wyzdrowień dochodzi do 39, czyli śmiertelność wynosi 61%. W krakowskim szpitalu św. Ludwika w poważnej liczbie stu kilkudziesięciu przypadków intubacyi w przebiegu dławca błoniczego w ciągu ostatnich 4-ch lat, liczba wyzdrowień była 44·2%, czyli śmiertelność wynosiła 55·8. Powyższe szczegóły przytacza mówca nie dlatego, aby z góry powątpiewać o skuteczności działania antytoksyny, ale dlatego, aby wykazać, że podawane dotąd daty statystyczne nie są oparte na właściwych premisach i nie są dokładne i że dopiero po kilkoletnich, ścisłych badaniach szpitalnych, w różnych miejscowościach, wśród rozmaitego nasilenia nagminnego choroby i we wszystkich porach roku, może dać jasne pojęcie o skuteczności antytoksyny i o jej wyższości nad innemi dotąd do zwalczenia błonicy używanemi środkami. (Sprawozdanie własne).

Kol. Kryński prosi prelegenta o wyjaśnienie paru kwestyj, co do których Behring w dotychczasowych swych publikacyach nic lub niewiele mówi, lub też różni się od Rouxa. Przedewszystkiem idzie tu o trwałość surowicy leczniczej i jakie można mieć pod tym względem kryteryum jej dobroci i używalności. Według opisu Rouxa ma to być płyn ciemnożółty, przeźroczysty; tymczasem w buteleczce, przywiezionej przez prelegenta od Behringa, widzimy płyn mocno zmętniały. Behring surowicę przeznaczoną do handlu przyrządza nieco odmiennie a mianowicie dodaje małą ilość karbolu, nigdzie jednakże nie objaśnia, jak ma ciecz ta wyglądać, aby była zdatną do użytku i na jak długo zachowuje ona swe własności lecznicze. Druga rzecz, jest to kwestya tracheotomii w krupie i jej stosunku do terapii surowiczej; czy pod wpływem tej ostatniej nie daje się dostrzedz zmiana co do zmniejszenia jej częstości lub, jak twierdzi Roux, zupełnego zarzucenia jej i zastąpienia przez intubacyę.

Kol. Słapa oświadcza w odpowiedzi, że mętność przedstawionej surowicy nie orzeka o jej zepsuciu, lecz zależy tylko od wydzielenia się paraglobuliny przez dodanie kwasu karbolowego. Co do używal-

ności surowicy, rzeczywiście Behring żadnej tu nie określił granicy, sądzi jednak mówca, że w ciągu 6—8 tygodni jest ona zupełnie odpowiednią do użytku.

Pod względem wpływu surowicy na zmniejszenie częstości tracheotomii, mówca nic wybitniejszego u Behringa nie dostrzegł; co się zaś tyczy zastąpienia w takich razach przez intubacyę, zależy to więcej od indywidualnych zapatrywań leczącego, której z tych dwóch metod w ogóle dać pierwszeństwo.

Kol. Murdzieński zwraca uwagę na wiele stron niekorzystnych tej nowej metody. O jednej z nich a mianowicie o braku kryteryum co do świeżości i dobroci przetworu, bez czego można choremu bardzo zaszkodzić injekcyą, mówił już kol. Kryński. Drugą rzeczą jest utrudnione stosowanie środka w praktyce tak, iż dzięki zawiłej procedurze będzie go można stosować tylko w klinikach i szpitalach. Wreszcie dotychczasowa statystyka jest tak niepewna i nieliczna, że z niej żadnego zdania wyprowadzić nie można. W ogóle całej metodzie mówca nie przepowiada przyszłości.

Kol. Raczyński chciałby zwrócić uwagę na jednę okoliczność. Doświadczenie na zwierzęciu jest rzeczywiście przekonywające. Zwierzę zatrute jadem czystej hodowli prątków Löfflerowskich leczymy odpowiednią surowicą; jeśli jednak chcemy zastosować to do leczenia błonicy w praktyce, musimy zapytać się, czy błonica jest także takiem zakażeniem ustroju produktami wyłącznie tych prątków. Tymczasem wykazały liczne badania bakteryologiczne, że błonica nie polega nigdy na obecności samych tylko prątków Löfflerowskich, lecz, że zawsze znajdziemy tam obok innych niechorobotwórczych przedewszystkiem stafilokoki i streptokoki. W dwudziestu kilku przypadkach błonicy, które mówca badał bakteryologicznie w zakładzie prof. Bujwida, znachodził zawsze streptokok jako stałego towarzysza prątków błoniczych. Wynika ztąd, że błonicę pojmować trzeba jako chorobę o zakażeniu mięszanem (*Mischinfection*). Ścisłe badania wykazały dalej, że od ilości streptokoków i ich jadowitości zależy także ciężkość objawów klinicznych; stwierdzono, że w ciężkich formach on znajduje się zawsze w wielkiej ilości a wtedy, gdy bierze przewagę, wywołuje ten szereg przypadków, który klinicznie nazywamy błonicą gnilną (dyfteryą septyczną). Jasną jest rzeczą, że w tych najcięższych formach, prawie bez wyjątku śmiertelnych, leczenie surowicą nie odniesie żadnego skutku, czyli, że w tych przypadkach będziemy, jak dotąd, bezsilni. (Sprawozdanie własne).

Sekretarz: *Dr. Leon Kryński.*

VI. VII-my Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie 1894. roku.

Napisał
Dr. Leon Kryński,
asystent kliniki chirurgicznej w Krakowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 46).

Posiedzenie drugie d. 24. Lipca o godz. 10. rano [1]).

Przewodniczący prof. Rydygier, w którego zastępstwie obejmuje chwilowo przewodnictwo Dr. Garbowski z Warszawy. Po odczytaniu przez gospodarza sekcyi, Dra Ziembickiego nadesłanych telegramów, rozpoczęto wykłady wobec bardzo licznego audytoryum, powstałego przez połączenie się na to posiedzenie sekcyi chirurgicznej z sekcyą ginekologiczną.

IV. Prof. **Rydygier**: *O wycinaniu włókniaków macicy.* Nie wdając się w bliższy rozbiór licznych sposobów operacyjnych, jakie w tym celu podano, przechodzi mówca do jednego z najodpowiedniejszych a przeto i najczęściej stosowanych, *hysterectomia supravaginalis per laparotomiam.* Metoda ta pomimo opozycyi ze strony Martina, chcącego zastąpić ją przez wycięcie całkowite macicy, długo utrzyma się na pierwszem miejscu. Sposób wykonywania tej operacyi przechodził w rękach rozmaitych chirurgów, podobnie jak i prelegenta, różne koleje i różnorodnym ulegał zmianom. Dotyczyły one głównie sposobu zaopatrzenia kikuta macicznego, który to zapuszczano do jamy brzusznej całkowicie (metoda intraperytonealna), to przytwierdzano go na zewnątrz ponad ścianą brzuszną (m. ekstraperytonealna), to wreszcie wszywano go w środek ścian brzusznych (m. śródścienna). Podobnież w rozmaity sposób starano się zapobiedz krwotokowi z kikuta po odcięciu macicy i zamknąć jamę szyjki (Schröder, Zweifel, Kocher). Wypróbowawszy kolejno wszystkie te sposoby, wyrobił sobie mówca postępowanie odmienne, którego od dłuższego czasu trzyma się już stale, jako zdaje się najodpowiedniejszego, gdyż sposobem tym operacya wycięcia macicy wraz z mięśniakami odbywa się w taki sam zupełnie sposób, jak wyłuszczenie każdego innego guza. Pierwszy więc akt operacyi stanowi oddzielenie macicy od bezpośrednio sąsiednich narządów i podwiązanie głównych naczyń; zatem na więzy szerokie po jednej i drugiej stronie zakłada się po parę podwiązek, z których ostatnie, założone przez krawędź macicy, obejmują tętnice maciczne. Po uwolnieniu w ten sposób macicy z przedniej i tylnej jej powierzchni wykrawa się i oddziela płaty otrzewny w celu pokrycia nimi powierzchni kikuta; wtedy po przewiązaniu tymczasowem powyżej miejsca przecięcia macicy *in toto*, aby zapobiedz możliwemu wypływowi z jej jamy, odcina się ją nożem nieco stożkowato od części szyjnej, której przewód wypala się termokauterem. Na przekroju zakłada się w miarę potrzeby kilka podwiązek, wreszcie łączy się ze sobą szczelnie obie powierzchnie przekroju kikuta, bacząc, aby nitka szwu nie przechodziła przez przewód szyjki. Ponad tym szwem zeszywa się brzegi utworzonych płatków otrzewnowych szwem kuśnierskim, który przedłuża się w obie strony na szerokie więzadła tak, iż w końcu otrzymuje się otrzewnę zupełnie zamkniętą jedną linią szwu, co jest nader ważne. Mówca, wypróbowawszy ten sposób operowania, zamierzał go ogłosić, dowiedział się jednak od prof. Marsa, iż takiej samej metody używa od niedawnego czasu Chrobak. W ostatnim zeszycie *Revue de chirurgie* opisuje Dr. Leonte, chirurg z Bukaresztu zupełnie takie same postępowanie, jako swoje, za pomocą którego operował 26 przypadków mięśniaków macicy i co najważniejsza, z zupełnem powodzeniem. Taki więc piękny szereg kolejnych przypadków pomyślnych przemawia bardzo na korzyść tej metody operacyjnej, którą mówca gorąco poleca, jako postępowanie *par excellence* chirurgiczne.

Co się tyczy wycinania całkowitego macicy przez laparotomię, to przypomina prelegent, iż on to pierwszy polecił przecięcie pochwy, oddzielenie sklepień i uwolnienie macicy od dołu wykonać na początku, następnie dopiero przystąpić do laparotomii; później dopiero podobnie postępowali inni (Ott, Bardenheuer), o czem obecnie wielu autorów zapomniało, między innymi i Dr. Szuman w swej pracy. Ogłoszone później przez Gussenbauera postępowanie odwrotne — naprzód laparotomia a później obcięcie od poch-

[1]) Na początku sprawozdania z posiedzenia 1-go w Nrze 44-tym (str. 608.) opuszczony został następujący ważny szczegół. Mianowicie na wstępie posiedzenia gospodarz sekcyi. Dr. Ziembicki na wniosek Wydziału gospodarczego zaproponował wybór na prezesa honorowego sekcyi Dra Matlakowskiego z Warszawy. Wniosek jednomyślnie przyjęto i postanowiono uchwałę tę zakomunikować telegraficznie wybranemu. Treść telegramu, wysłanego przez gospodarza sekcyi do Dra Matlakowskiego, zarówno jak i odpowiedź listowna tego ostatniego pomieszczone zostaną w Pamiętniku Zjazdu VII.

wy — uważa mówca nie za ulepszenie, lecz za pogorszenie swego sposobu operowania.

Dyskusyę odłożono do następnego odczytu, dotyczącego tej samej kwestyi, który miał:

V. Prof. **Obaliński**: *O leczeniu włókniaków macicy.* Leczenie włókniaków macicy stanowi pytanie dotychczas nierozstrzygnięte. Było ono przedmiotem obrad na dwóch ostatnich kongresach międzynarodowych, zajmowało się nim wiele zjazdów specyalnych, ostatecznie kwestyi nie wyczerpano; przeważała jednak w ostatnich czasach dążność do zupełnego wycięcia macicy. Przyczyną tego było, że przy takiem postępowaniu otrzymano stósunkowo najmniejszy procent śmiertelności. Okoliczność ta jednak nie skłania mówcy do całkowitego wycinania macicy, boć i po amputacyach dziś odsetka śmiertelności nie wynosi nawet 1%, a mimo to uciekamy się do nich dopiero w ostateczności. Podobnież *malum necessarium* stanowi wycinanie zupełne macicy, będące bądź co bądź ciężkiem okaleczeniem kobiety. Gdy postępowanie łagodniejsze, jak wstrzykiwanie ergotyny, elektroliza i podwiązywanie tętnic, nie prowadzą do skutku, nasuwa się samo przez się pytanie, dlaczego chirurdzy opuszczają wskazanie najracyonalniejsze — usuwanie samego włókniaka, tembardziej, że dążenie w tym kierunku było od dawna i do dziś się utrzymuje.

Począwszy od Velpeau wydobywanie włókniaków od strony pochwy i jamy macicznej było przez czas dłuższy jedynem, stósowanem w tych przypadkach postępowaniem; współcześni chirurdzy i ginekolodzy francuscy (Pean, Doyen, Pozzi, Ségond) stoją i dziś jeszcze na tem samem stanowisku. Godząc się z ich poglądami, oświadcza mówca jednak, że przynajmniej do połowy, jeśli nie więcej, włókniaków dostęp od strony otrzewny jest daleko łatwiejszy, niż od strony jamy macicznej. Zwróciwszy na to uwagę, zadał on sobie pytanie, dlaczego wyłuszczanie włókniaków od strony otrzewny tak mało ma dotychczas zwolenników i czy przyczyny dotychczasowych niepowodzeń tego postępowania nie dadzą się usunąć. By kwestyę tę rozstrzygnąć, zestawił prelegent nietylko swój materyał operacyjny, ale i przypadki Matlakowskiego, Marsa, kliniki ginekologicznej krakowskiej i wreszcie odpowiednie preparaty z zakładu prof. Browicza, w sumie ogólnej 55 przypadków włókniaków macicy.

Z przeglądu przypadków operacyjnych przekonał się prelegent, że jedną z głównych przyczyn niepowodzenia w wyłuszczaniu włókniaków macicy od strony otrzewny było zatrzymywanie się po zeszyciu rany wydzieliny, wywołujące nieraz w następstwie *sepsis*. Wobec tego, uważa w tych razach za konieczne zapewnienie wydzielinie odpływu na zewnątrz i w tym celu postępuje w sposób następujący: po wyłuszczeniu włókniaka ze ściany macicy wszywa on brzegi rany macicy w ranę brzuszną za pomocą szwów, łączących otrzewnę macicy z otrzewną ściany brzusznej; w ten sposób zamyka jamę otrzewnową, ranę zaś w ścianie macicy otwartą na zewnątrz tamponuje i leczy następnie jak zwykłą ranę pooperacyjną, aseptyczną. Twierdzenie, jakoby macica, operowana w ten sposób, miała być do czynności płciowych niezdolną, obaliły spostrzeżenia Porry i Löhleina, którzy dowiedli, że macica po rzeczonych operacyach może funkcyonować zupełnie prawidłowo zarówno podczas ciąży, jak i porodu.

Metoda ekstraperytonealnego operowania włókniaków macicy jest zresztą wskazana przez samą przyrodę: *Non fingendum esse aut excogitandum, sed inveniendum, quid natura ferat atque faciat* — powiada Bakon, a ponieważ, jak widzimy, znajdujące się w ustroju produkty spraw chorobowych lub ciała obce częstokroć za pomocą zrostów dostają się same na zewnątrz, więc metoda ta odpowiada żądaniu Bakona. Dalej znajduje ona powszechne zastósowanie w usuwaniu bąblowca wątroby, w wydobywaniu kamieni z pęcherzyka żółciowego i t. p. Sam mówca używa jej w kamicy, w *appendicitis*, desinwaginacyi i ciąży zamacicznej a nawet proponuje zastósować ją w cystotomii, według sposobu Rydygiera.

Z ogólnej liczby 55-ciu, zebranych przez prof. Obalińskiego przypadków włókniaków macicy, czterdzieści a więc z górą dwie trzecie, nadawało się, zdaniem jego, do wyłuszczenia. Z ogólnej liczby operowano w trzydziestu siedmiu przypadkach; z nich do wyłuszczenia kwalifikowało się 28, wyłuszczano zaś tylko w 15-tu przypadkach. Operacyę tę ośm razy wykonano intraperytonealnie z wynikiem takim, że cztery chore wyzdrowiały, cztery zaś zmarły, co wynosi 50% śmiertelności; w pozostałych siedmiu przypadkach postępowano po wyłuszczeniu ekstraperytonealnie, ze skutkiem we wszystkich siedmiu przypadkach jak najlepszym. Dane te świadczą, że metoda ta jest rękoczynem stósunkowo łagodnym i pewnym; wobec tego, sądzi mówca, że będzie można na przyszłość, nie czekając aż wskutek nadmiernego rozrostu włókniaków wystąpią groźne objawy, operować je wcześnie. Wnioski swoje Prof. Obaliński streszcza w następujących punktach:

1) Przebieg włókniaków nie daje się przewidzieć, dlatego należy je usuwać w początkach.

2) Tembardziej jest to wskazanem, jeżeli który z objawów wzrasta.

3) Jedynie operacya daje pewne usunięcie włókniaka.

4) Każdy przypadek należy indywidualizować a to w celu użycia metody najłagodniejszej i najpewniejszej.

5) Do najłagodniejszych metod należy zaliczyć wyłuszczanie przez pochwę i przez laparotomię.

6) Ponieważ w dwóch trzecich przypadków daje się guz z łatwością wyłuszczyć, przeto Prof. Obaliński przy zestawieniu różnych metod, kładzie na 1-em miejscu wyłuszczenie, na 2-giem wydobycie macicy przez pochwę (Pean), na 3-ciem amputacyę (Zweifel), na 4-tem całkowite wycięcie macicy za pomocą laparotomii.

7) Wyjątkowo tylko należy trzebić lub dekortykować.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 13. Grudnia 1894 r.

— Sekundaryusz szpitala św. Łazarza w Krakowie, Dr. Stanisław Czapliński zamianowany prymaryuszem szpitala miejskiego w Nowym Sączu.

— Jak można się było spodziewać, odczyt Hansemanna w berlińskiem Towarzystwie lekarskiem, o którym wspominaliśmy na tem miejscu przed tygodniem a który podajemy na właściwem miejscu niniejszego numeru w streszczeniu, zrobił wrażenie, czego piśmiennym wyrazem są uwagi w tej mierze *Deutsche med. Wchschft*, która nie obawia się o przyszłość seroterapii w błonicy i sądzi, że nad krytykami nauka i doświadczenia przejdą niedługo do porządku dziennego,

W dniu 5. b. m. odbyło się znów posiedzenie Tow. lek. berlińskiego, na którem prof. Bergmann, nie podając wszakże do wiadomości swych doświadczeń terapeutycznych, uznał surowicę Behringa za godną dalszych prób klinicznych, Virchow zaś oświadczył, iż wobec coraz pomyślniejszych wiadomości o działaniu środka, o którym mowa, uchyla swe dawniejsze wątpliwości teoretyczne co do lasecznika Löfflerowskiego i jego stósunku do błonicy. Dalsze rozprawy odroczono.

— *La médecine moderne* wyraziła w swym numerze z d. 14. Listopada b. r. zdziwienie, że w Niemczech sprawa leczenia błonicy właściwą surowicą nie tylko nie wzbudziła takiego, jak we Francyi, entuzyazmu, ale że nawet lekarze niemieccy zachowują się zimno, żeby już nie powiedzieć po nieprzyjacielsku względem nowej metody leczniczej, której zasadę i pierwsze zastósowanie podał ich ziomek. Otóż korespondent berliński tegoż dziennika lekarskiego nie zaprzecza temu bynajmniej, lecz tłómaczy swych rodaków wspomnieniem na niefortunny wynalazek Kocha, brakiem dostatecznych dowodów skuteczności nowego sposobu leczenia, skoro Körte miał w szpitalu *am Urban* w Berlinie przy jego zastósowaniu 33·1% śmiertelności, niepewnością dat tyczących się immunizacyi i wykazaniem niewątpliwie w pewnych przypadkach szkodliwości. To wszystko jest powodem nieufności *sur toute la ligne*, kończy ów korespondent.

— Jednym z bardzo ważnych obowiązków obywatelskich w kraju naszym jest udział w sądach przysięgłych, do jurysdykcyi których należą przestępstwa prasowe i ciężkie zbrodnie. Że do należytego pełnienia obowiązków sędziego przysięgłego potrzeba prócz nieskazitelności charakteru i pewnego stopnia ogólnego wykształcenia, rzecz niewątpliwa i jasna. Z tego też względu można pojąć prawodawcę, że od pełnienia tych obowiązków nie usunął lekarzy, jako mających najwyższe, bo uniwersyteckie wzkształcenie. Nie można również i o tem wątpić, iż sami lekarze uznają swój obowiązek pełnienia czynności sędziego przysięgłego. Inna to atoli rzecz praktyka; w tej mierze nasuwają się nieraz trudności, których usunięcie byłoby rzeczą bardzo pożądaną. Mamy tu na myśli lekarzy praktykujących na prowincyi poza miastami, w których czynnymi są trybunały sądów przysięgłych, tudzież tych lekarzy nawet mieszkających stale w siedzibie sądów właściwych, których praktyka specyalna często nie dozwala opóźnienia w niesieniu pomocy lub których nie ma kto w tej praktyce zastąpić. Tyczy się to przedewszystkiem akuszerów, chirurgów, laryngologów itp., gdyż lubo każdy lekarz praktyczny w każdej gałęzi terapii ma przypadki nagłe, tamci jednak z natury zawodu swego mają tę nagłość na porządku dziennym a jako specyaliści nie łatwo nawet mogą nieraz znaleść zastępców. Ponieważ ustawa o kwalifikacyach na przysięgłych i tak robi pewne wyjątki, sądzimy, iżby podobny wyjątek można także zrobić dla pewnej przynajmniej kategoryi lekarzy praktycznych i dlatego sądzimy, że sprawą tą powinnyby się zająć nasze Towarzystwa lekarskie a przedewszystkiem Izby lekarskie. Od czasu zaprowadzenia w kraju naszym ustawy o sądach przysięgłych podniósł się znacznie poziom umysłowy ludności; uwolnienie przeto pewnej kategoryi lekarzy praktycznych od pełnienia obowiązków sędziów przysięgłych nie uchybi wymiarowi należytemu sprawiedliwości a odda chorym nieraz niepospolite usługi.

— Według wykazów urzędowych było z końcem r. 1893. w Galicyi z W. Księstwem Krakowskiem 856 doktorów medycyny i 179 magistrów chirurgii czyli w porównaniu do roku poprzedzającego więcej o 60 doktorów medycyny a mniej o 3 magistrów chirurgii, co stanowi 5·8% przybytku; akuszerek było 1459, o 41 więcej, niż w r. 1892.

— Wspólne rozporządzenie ministerstw spraw wewnętrznych, skarbu i handlu z dnia 30. Listopada zakazuje ze względów sanitarnych przywozu, wyrobu, sprzedaży i dodawania do napojów wyskokowych tak zwanych esencyj wzmacniających, do których wchodzą ostre przyprawy, jak pieprz, papryka i t. p.

— Jeneralny dyrektor głównego biura statystycznego królestwa włoskiego wypracował mapę rozszerzenia się malaryi w tem państwie, w której 10-ma kolorami oznaczono stopień śmiertelności z rzeczonej choroby według dat statystycznych z lat 1890, 1891. i 1892. W ciągu tych 3 lat umarło na malaryę w całych Włoszech 49407 osób, co odpowiada rocznemu stósunkowi 54 na 100000. Stósunek ten nie jest wszakże w całem państwie jednaki, lecz zmienia się w miarę okolicy i dochodzi nawet do 8‰ czyli 800 na 100000 w stronie południowo-wschodniej Sardynii, południowo-wschodniej Sycylii, w Bazylikacie i około bagien Pontyńskich. W Rzymie śmiertelność z malaryi zmniejszyła się nagle od roku 1881 i gdy w tym roku umarło 650 osób, to w r. 1882. umarło osób 505, w roku 1892. osób 139, a w roku 1893. osób 189.

— **Nekrologia.** Zmarli: W Krakowie w dniu 7. b. m. Dr. **Antoni Rosenberg**, lekarz praktykujący w Karlsbadzie, przeżywszy lat 76. Zmarły cieszył się ogólnym szacunkiem. — W Warszawie w dniu 11. b. m w 93. roku życia Dr. **Jan Dudrewicz**, członek honorowy Tow. lek. warsz., lekarz wielkiego poświęcenia, nadzwyczajnej uczynności i miłosierdzia dla biednych. — W Władykaukazie w 60. roku życia Dr. **Bronisław Wojnowski-Krüger**, rzeczywisty radca stanu i lekarz okręgu tereckiego.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 19. Grudnia b. r. o godzinie 6-tej wieczorem w sali Śniadeckich *Collegium novum* posiedzenie zwyczajne, na którem odbędą się wybory urzędników Towarzystwa na rok przyszły.

KORESPONDENCYA REDAKCYI.

Wny Dr. K. S. w K. List otrzymaliśmy; zawarte w nim życzenia spełnimy, ile możności jak najrychlej. Za życzliwe słowa uznania dziękujemy najuprzejmiej.

Wni Drowie M. A. w N. S. i *S. G. w K.* Do obowiązków lekarza miejskiego w Banialuce należy miejska służba sanitarna, bezpłatne leczenie ubogich i pełnienie czynności lekarskich w szpitalu miejskim, w razie potrzeby sprawowanie czynności policyi lekarskiej rządowej. Pensya roczna 1000 złr. i speranda dalszych 1800 złr. za pełnienie nadzoru lekarskiego nad prostytucyą, wydawanie orzeczeń, pełnienie obowiązków lekarza w fabryce tytoniu. Za poradę w domu u lekarza należy się 30 centów, za odwiedzenie chorego w dzień 50 ct., w nocy 1 złr.

Ubiegający się o tę posadę winni wykazać się dyplomem doktora wszech nauk lekarskich, dwuletnią przynajmniej praktyką w jednym ze znaczniejszych szpitali, przyczem pierwszeństwo przyzna się tym, którzy wykażą się dłuższą praktyką w oddziale chirurgicznym. Znajomość jakiegoś języka słowiańskiego bardzo pożądana.

Podania zaopatrzone w metrykę urodzenia i wymagane dowody należy tak wysłać, by 31. b. m. były u władzy miejskiej w Banialuce. Stempel bośniacki na podanie 40 ct., na alegata po 10 ct. lub dołączenie odpowiedniej gotówki.

Redaktor odpowiedzialny: Prof. Dr. S. Domański.

KONKURS.

W mieście Kańczuga powiatu Łańcut jest do obsadzenia posada lekarza miejskiego z roczną płacą 500 złr. w. a. bez mieszkania.

Ubiegający się o tę posadę zechcą się do 1. Stycznia a najdalej do 15. Stycznia 1895 r. u Zwierzchności gminnej pisemnie lub osobiście zgłosić i swe dokumenta przedłożyć.

Kańczuga 3. Grudnia 1894.

164—2—1 *Zwierzchność gminna.*



Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.